

Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030

Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:7

Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030

Helena Vormä, Tuulia Rotko, Meri Larivaara, Anu Kosloff

Social- och hälsovårdsministeriet

ISBN PDF: 978-952-00-4140-3

Layout: Statsrådets förvaltningsenhet, publikationsverksamheten

Helsingfors 2020



Presentationsblad

Utgivare	Social- och hälsovårdsministeriet		11.2.2020
Författare	Helena Vorma, Tuulia Rotko, Meri Larivaara, Anu Kosloff (redaktörer)		
Publikationens titel	Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030		
Publikationsseriens namn och nummer	Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:7		
ISBN tryckt	978-952-00-4144-1	ISSN tryckt	1236-2050
ISBN PDF	978-952-00-4140-3	ISSN PDF	1797-9854
URN-adress	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4140-3		
Sidantal	70	Språk	finska
Nyckelord	mental hälsa, självmord, psykiskt hälsofrämjande arbete, förebyggande, mentalvårdstjänster, rusmedel, psykisk funktionsförmåga, mentala störningar, rehabilitering, utveckling		
Referat <p>Den nationella strategin för psykisk hälsa och det nationella programmet för suicidprevention 2020–2030 bygger på en lång beredning och ett brett samarbete. Utgångsläget är att den psykiska hälsan bör beaktas på ett övergripande sätt på olika sektorer och nivåer i samhället.</p> <p>Strategin identifierar den psykiska hälsans betydelse i en föränderlig värld, där den psykiska hälsan betraktas som en resurs som kan stödas. Psykiatriska tillstånd kan förebyggas och behandlas effektivt, och den diskriminering och stigmatisering som är förknippad med dem minskas. Eftersom psykisk ohälsa är en utmaning för folkhälsan bör tillgången till vård (inkl. missbrukarvård) förbättras så att den motsvarar nivån i övriga social- och hälso-tjänster. Strategin ger riktlinjer för beslutsfattandet och inriktningen av verksamheten och resurserna. För att nå målen i strategin krävs ett omfattande samarbete.</p> <p>Strategin innehåller fem prioriteringar: psykisk hälsa som en resurs, barns och ungas psykiska hälsa, rätt till psykisk hälsa, tjänster och ledarskap i psykisk hälsa. För uppföljningen föreslås både befintliga och nya indikatorer.</p> <p>Inledningsvis genomförs strategin genom att öka tillgången till förebyggande tjänster och vård på basnivå samt en samarbetsstruktur till stöd för dem. Dessutom utvecklas rehabiliterande mentalvårdstjänster, kompetensen inom psykisk hälsa i kommunerna samt suicidpreventionen.</p>			
Förläggare	Social- och hälsovårdsministeriet		
Tryckort och år	PunaMusta Ab, 2020		
Distribution/ beställningar	Sähköinen versio: julkaisut.valtioneuvosto.fi Julkaisumyynti: vnjulkaisumyynti.fi		

Kuvailulehti

Julkaisija	Sosiaali- ja terveysministeriö		11.2.2020
Tekijät	Helena Vorma, Tuulia Rotko, Meri Larivaara, Anu Kosloff (toimittajat)		
Julkaisun nimi	Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030		
Julkaisusarjan nimi ja numero	Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:7		
ISBN painettu	978-952-00-4144-1	ISSN painettu	1236-2050
ISBN PDF	978-952-00-4140-3	ISSN PDF	1797-9854
URN-osoite	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4140-3		
Sivumäärä	70	Kieli	suomi
Asiasanat	mielenterveys, itsemurhat, mielenterveyden edistäminen, ennaltaehkäisy, mielenterveyspalvelut, päihteet, psyykkinen toimintakyky, psyykkiset sairaudet, kuntoutus, kehittäminen		

Tiivistelmä

Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030 perustuu pitkäaikaiseen valmisteluun ja laaja-alaiseen yhteistyöhön. Lähtökohtana on mielenterveyden kokonaisvaltainen huomioiminen yhteiskunnassa ja sen eri toimialoilla ja tasoilla.

Mielenterveysstrategia tunnistaa mielenterveyden merkityksen muuttuvassa maailmassa. Mielenterveys nähdään voimavaraksi, jota voidaan tukea. Mielenterveyden häiriöitä voidaan ehkäistä ja hoitaa tehokkaasti ja niihin liittyvää syrjintää ja leimaamista vähentää. Koska mielenterveyden häiriöt ovat kansanterveydellinen haaste, palvelujen (mukaan lukien päihdepalvelut) saatavuus tulee saattaa muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tasolle. Strategia antaa suuntaviivat päätöksenteolle sekä toiminnan ja voimavarojen suuntaamiselle. Laaja yhteistyö on tarpeellista sen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Strategiassa on viisi sisällöllistä painopistettä: mielenterveys pääomana, lasten ja nuorten mielenterveys, mielenterveysoikeudet, palvelut ja mielenterveysjohtaminen. Seurantaan ehdotetaan sekä olemassa olevia että kehitettäviä mittareita.

Strategian tavoitteita toteutetaan aluksi lisäämällä ehkäisevien ja hoitopalveluiden saatavuutta perustasolla sekä näiden ylläpitämiseksi tarvittavaa yhteistyörakennetta. Lisäksi parannetaan työelämään kuntouttavia mielenterveyspalveluja, mielenterveysosaamista kunnissa ja itsemurhien ehkäisyä.

Kustantaja	Sosiaali- ja terveysministeriö
Painopaikka ja vuosi	PunaMusta Oy, 2020
Julkaisun jakaja/ myynti	Sähköinen versio: julkaisut.valtioneuvosto.fi Julkaisumyynti: vnjulkaisumyynti.fi

Description sheet

Published by	Ministry of Social Affairs and Health		11 Feb 2020
Authors	Helena Vorma, Tuulia Rotko, Meri Larivaara, Anu Kosloff (editors)		
Title of publication	National Mental Health Strategy and Programme for Suicide Prevention 2020–2030		
Series and publication number	Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2020:7		
ISBN (printed)	978-952-00-4144-1	ISSN (printed)	1236-2050
ISBN PDF	978-952-00-4140-3	ISSN (PDF)	1797-9854
Website address (URN)	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4140-3		
Pages	70	Language	Finnish
Keywords	mental health, suicides, mental health promotion, prevention, mental health services, intoxicants, mental functioning, mental disorders, rehabilitation, development		
Abstract <p>The National Mental Health Strategy and Suicide Prevention Agenda 2020–2030 are based on long-term preparations and broad-based collaboration. The starting point is the comprehensive approach of mental health in society and its different sectors and levels.</p> <p>The strategy recognises the importance of mental health in a changing world. Mental health is seen as a resource that can be supported. It is possible to effectively prevent and manage mental disorders and reduce discrimination and stigmatisation associated with mental disorders. Mental disorders are a public health challenge, and therefore the availability of mental health services (and addiction services) must be brought to the same level of other health and social services. The strategy provides guidelines for decision-making and for targeting activities and resources. Extensive collaboration is necessary to achieve the objectives.</p> <p>The strategy has five priority areas: mental health as capital, mental health of children and young people, mental health rights, services and mental health management. Monitoring of progress should use both existing indicators and new indicators.</p> <p>The objectives of the strategy will first be implemented by increasing the availability of preventive services and therapies at the basic level and by improving the cooperation structures necessary for maintaining these services. Other measures aim to improve employment-oriented mental health services, raise the level of mental health competence in municipalities and step up suicide prevention efforts.</p>			
Publisher	Ministry of Social Affairs and Health		
Printed by (place and time)	PunaMusta Ltd, 2020		
Distributed by/ publication sales	Online version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Publication sales: vnjulkaisumyynti.fi		

Sisältö

Till läsaren	9
1 Varför behöver Finland en strategi för psykisk hälsa?	11
1.1 Psykisk hälsa som en del av folkhälsan och välfärden.....	11
1.2 Vad avses med psykisk hälsa, psykiskt välbefinnande, psykiatriska tillstånd? Begrepp i strategin för psykisk hälsa	14
2 Riktlinjer för psykisk hälsa	17
2.1 Psykisk hälsa som en resurs.....	18
2.2 Hur barns och ungas psykiska hälsa byggs upp i vardagen.....	21
2.3 Rätt till psykisk hälsa.....	25
2.4 Omfattande tjänster enligt människors behov	29
2.5 Gott ledarskap i psykisk hälsa	35
3 Åtgärder, uppföljning och kostnader	38
3.1 Åtgärder som planerats för 2020–2022.....	38
3.2 Uppföljning och förslag till indikatorer	39
3.3 Ekonomiska konsekvenser och kostnader.....	44
4 Program för suicidprevention.....	48
Bilaga	58
Källor	62

TILL LÄSAREN

Målinriktad planering är en nödvändighet för att gemensamma åtgärder ska lyckas i ett samhälle där olika intressen konkurrerar om uppmärksamhet och resurser.

Arbetet för psykisk hälsa måste ske på flera plan och vara sektorsövergripande. Behoven är många: från främjandet av hela befolkningens psykiska hälsa till brådskande behandling av svåra psykiatriska tillstånd. Helhetsplaneringen av åtgärder bör bygga på principer som utgår från gemensamt godtagna värderingar. Strategin för psykisk hälsa ger riktlinjer för de konkreta besluten.

Flera västländer har utarbetat strategier för psykisk hälsa. I stora drag påminner de om varandra och betonar likartade teman. De vilar på allmänt accepterade värderingar som rättvisa och hjälp till utsatta. Även Finland har tidigare bedrivit strategisk planering, då Planen för mentalvårds- och missbruksarbete (Mieli) för åren 2009–2015 skrevs och genomfördes. Strategin för psykisk hälsa 2020–2030 är uppföljaren.

Den tidigare strategin, Planen för mentalvårds- och missbruksarbete hade fyra fokusområden: stärkandet av klientens ställning, det främjande och förebyggande arbetet, organisationen av mental- och missbrukarvården samt utvecklingen av styrmedel. En extern utvärdering konstaterade att planen hade haft rätt fokus och varit ett nyttigt verktyg. Enligt utvärderingen hade rättigheterna för personer med psykiatriska tillstånd förbättrats i viss mån och samordningen av mentalvårds- och missbrukartjänster avancerat på en del områden. Utvecklingen av det främjande och förebyggande arbetet förblev delvis en from förhoppning, och utvecklingen av styrningen i servicesystemet ansågs ha saknat förutsättningar före en allmän omdaning av social- och hälsovården. Allt som allt hade programmet aktiverat servicesystemet på ett viktigt sätt, men frågan hur den målinriktade planeringen av mentalvårdsarbetet skulle fortsätta förblev obesvarad.

Världen förändras och med den förändras också människornas behov, eftersom framtidsutsikterna oundvikligen påverkar välbefinnandet. Eftersom attityderna till psykisk ohälsa inte längre är lika negativa söker allt fler vård, vilket innebär att tjänsterna måste planeras med nya utgångspunkter. Ökande ojämlikhet kan också betraktas som en fråga om psykisk hälsa.

Strategin för psykisk hälsa 2020–2030 innehåller inga direkta lösningar på utmaningarna i mentalvårdsarbetet, men stöder ett målinriktat planerings- och programarbete. Strategins principer och prioriteringar utgör ett stöd till exempel i det politiska beslutsfattandet och utvecklingsarbetet. Andan i Planen för mentalvårds- och missbruksarbete utkristalliseras i den nya strategin till principer som styrs av viljan att tillgodose såväl allas rätt till välbefinnande som psykiskt utsatta människors rätt till stöd och effektiva tjänster.

Strategin för psykisk hälsa innehåller prioriteringarna för mentalvårdsarbetet i Finland fram till 2030. Till strategin hör också ett separat, målinriktat program för suicidprevention. Nationella indikatorer bestäms för att följa upp strategins verkningsfullhet och vid behov använda den effektivare.

Strategin för psykisk hälsa styr också utvecklingen av missbrukarvården. De föreslagna åtgärderna inom missbrukarvården samordnas med alkohol-, tobaks-, drog- och penningspelspolitiken och kompletterar handlingsplanen för alkohol-, tobak-, drog- och spelprevention. Handlingsplanen, som gäller fram till 2025, stöder kommunernas och regionernas lagstadgade arbete.

Helsingfors 11.2.2020

Sami Pirkola

Saila Hohtari

Tapio Kekki

Päivi Rissanen

Salla Toppinen-Tanner

Meri Larivaara

Hanna-Mari Alanen

Pia Hytönen

Airi Partanen

Timo Salmisaari

Kristian Wahlbeck

Tuulia Rotko

Virve Flinkkilä

Matti Kaivosoja

Klaus Ranta

Jaana Suvisaari

Helena Vorma

1 Varför behöver Finland en strategi för psykisk hälsa?

1.1 Psykisk hälsa som en del av folkhälsan och välfärden

Den psykiska hälsan har fått allt större betydelse i samhället. Det beror på stora samhälleliga förändringar – den tekniska utvecklingen accelererar, människor flyttar till städerna och från land till land, värderingarna och livsstilarna blir mångsidigare. I arbetslivet har vikten av utbildning och livslångt lärande ökat, och allt fler arbetar med uppgifter där kognitiv belastning och stress hör till vardagen. I en föränderlig omvärld är god psykisk hälsa en allt viktigare resurs för individen. En god psykisk hälsa bidrar till ett balanserat liv och ger individen förutsättningar att fungera som en del av olika gemenskaper. Möjligheterna och rentav nödvändigheten att göra olika val i livet har ökat, och därför har egenskaper som psykisk flexibilitet, anpassningsförmåga, inlärningsförmåga och förmåga att fatta självständiga beslut blivit allt viktigare.

Folkhälsan i sin helhet har förändrats under de senaste decennierna. Befolkningens fysiska hälsa och förväntade livslängd har förbättrats, men inom området psykisk hälsa har ingen motsvarande positiv utveckling ägt rum. Olika psykiatriska tillstånd (inklusive missbruk) utgör stora utmaningar för folkhälsan. Upp till hälften av befolkningen lider av något psykiatrisktillstånd i något skede av livet. Även om dessa tillstånd inte ökat bland befolkningen, och trots att man vet mer om behandlingen av dem, leder de allt oftare till förlorad funktionsförmåga, och bidrar till hälften av sjuk- och invalidpensioneringarna. I synnerhet alkohol- och drogkonsumtion orsakar också förtida dödsfall. Samtidigt har tillgången till vård och övriga tjänster inte utvecklats i samma takt som för fysiska sjukdomar. Det krävs gemensamt

engagemang och resurser för att förbättra tillgången till mentalvård (inklusive missbrukarvård) så att nivån motsvarar tillgången till övrig hälso- och sjukvård.

Av finländarna bedömde 86 % sitt psykiska välbefinnande som minst mediokert.

(Koponen m.fl. 2018)

Inemot 20 % av finländarna lider av någon psykisk störning.

(OECD/EU, IHME 2018)

Livstidsrisken att insjukna i vilken som helst psykisk sjukdom är inemot 50 %.

(Kessler m.fl. 2007, Suvisaari m.fl. 2009)

Gränsen för problematisk alkoholkonsumtion överskrids av cirka 30 % av de vuxna.

(Sotkanen, 2018)

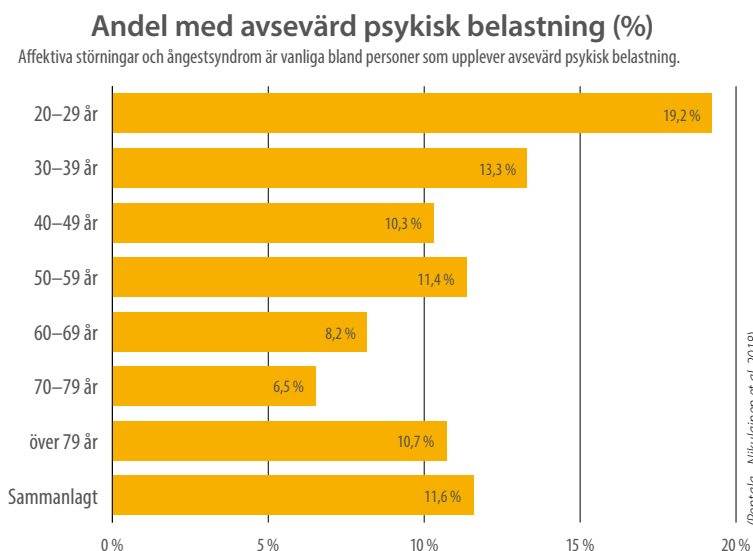
Cirka 3 % av finländarna har penningsspelsproblem.

(Cantell m.fl. 2019)

Den psykiska hälsan kan betraktas ur två skilda perspektiv: dels kan en god psykisk hälsa ses som en resurs som stöder funktionsförmågan och livskvaliteten, dels kan man fokusera på psykiska symptom och sjukdomar. I båda fallen påverkas individens psykiska hälsa av ärftliga faktorer, livsmiljön och andra miljöfaktorer.

Den psykiska hälsan bestäms av många faktorer som påverkas genom åtgärder inom andra förvaltningsområden än social- och hälsovården. Socioekonomiska faktorer som utbildning, yrkeställning och inkomster har ett samband med den psykiska hälsan. Bland den femtedel av befolkningen som har de lägsta inkomsterna är den relativa psykiska belastningen nästan dubbelt så stor som bland den femtedel som har de högsta inkomsterna. Familjens sociala och ekonomiska utsatthet är förknippad med depressionssymptom och alkohol- och drogförsök bland unga

och med psykiatriska tillstånd och lägre utbildning även i vuxen ålder. Den sociala ojämlikhetens konsekvenser för den somatiska och psykiska hälsan är till stora delar möjliga att undvika.



Psykiatriska tillstånd och alkohol- och drogkonsumtion är förknippade med en hög risk för diskriminering och marginalisering. De grundläggande fri- och rättigheterna garanterar allas rätt till oundgänglig trygghet och tillräckliga tjänster, men i praktiken tillgodoses rättigheterna inte på lika villkor. Därför är det mycket viktigt att motverka diskriminering och stigmatisering.

Psykisk hälsa är en central del av välbståndet och påverkar samhällets stabilitet och kostnaderna i olika sektorer. De ekonomiska effekterna beror dels på den offentliga sektorns kostnader för psykisk ohälsa, dels på den psykiska hälsans inverkan på produktiviteten.

Vi behöver en strategi för psykisk hälsa som styrinstrument för en långsiktig, framgångsrik och aktuell politik för psykisk hälsa och för att förverkliga den. Samarbete behövs på flera plan: för det första måste olika förvaltningsområden, den offentliga, den privata och den tredje sektorn och det civila samhället i övrigt samarbeta och dra åt samma håll. För det andra behövs broar mellan arbetet för att främja psykisk hälsa och förebygga psykiatriska tillstånd och mellan sjukvården och

rehabiliteringen. För att uppnå resultat behövs för det tredje ett intensivare samarbete mellan somatisk medicin och psykiatri, mellan företagshälsovård, primärvård och specialiserad sjukvård och mellan hälso- och sjukvård och socialvård. En strategisk utveckling av den psykiska hälsan och mentalvårdsarbetet innebär samtidigt både ekonomisk effektivitet, rättvisa och genomslag.

1.2 Vad avses med psykisk hälsa, psykiskt välbefinnande, psykiatriska tillstånd? Begrepp i strategin för psykisk hälsa

Psykisk hälsa är ett tillstånd av välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, kan klara av vanliga påfrestningar, kan arbeta produktivt och kan bidra till det samhälle hen lever i (WHO 2014). Den psykiska hälsan påverkar på ett väsentligt sätt den fysiska hälsan och utgör ett oundgängligt fundament för det generella välbefinnandet och funktionsförmågan.

Psykisk hälsa är ingen konstant egenskap, utan förändras under individens hela livstid. Den psykiska hälsan påverkas av många sociala och ekonomiska, biologiska och miljörelaterade faktorer. Under gynnsamma omständigheter stärks de psykiska resurserna och under ogynnsamma omständigheter äventyras de. Kunskaper och färdigheter som är förknippade med psykisk hälsa, till exempel resiliens och problemlösning, är något som går att lära sig och lära ut. Även arbete och en fungerande hälso- och sjukvård skyddar den psykiska hälsan.

Till en god psykisk hälsa hör bland annat förmågan att upprätthålla mellanmänniska relationer och sysselsätta sig på ett meningsfullt sätt, självförtroende, problemlösningsskickligheter och resiliens vid motgångar. När den psykiska hälsan försämras kan någon av de här skickligheterna försvagas eller psykiska symptom framträda. Vid beroendesyndrom styrs agerandet i högre grad av tvång. Centrala drag vid beroendesyndrom är tvångsmässig konsumtion av ett rusmedel och upprepade återgång till det. Den psykiska hälsan kan försämras tillfälligt eller långvarigt. Psykiska symptom innebär inte alltid sjukdom. Symptomen kan också vara övergående reaktioner på olika livssituationer.

Psykiskt välbefinnande eller **mentalt välbefinnande** syftar på individens upplevelse av välbefinnande och psykisk balans. Psykiskt välbefinnande har delvis samma innebörd som psykisk hälsa. Det psykiska välbefinnandet är ofta kopplat till en god psykisk hälsa och psykisk funktionsförmåga, men också en person som lider av ett psykiatriskt tillstånd kan uppleva ett psykiskt välbefinnande. Inte ens en svår sjukdom förhindrar nödvändigtvis upplevelser av tillhörighet, välbefinnande eller livskvalitet om de grundläggande behoven och lika rättigheterna har tillgodosetts.

Med psykisk funktionsförmåga avses de resurser som hjälper en individ att klara av vardagliga motgångar och krissituationer. Den psykiska funktionsförmågan omfattar bland annat funktioner som är förknippade med känslor, tankeverksamhet, uppfattningsförmåga, omdömesförmåga och problemlösning. De kognitiva funktionerna, som har att göra med informationshantering och tankeverksamhet, är centrala psykiska funktioner.

Faktorer som skyddar eller hotar den psykiska hälsan på individnivå och samhällsnivå



Psykiatriska tillstånd orsakar lidande och sänker funktionsförmågan. Ett **psykiatriskt tillstånd kan diagnostiseras** utifrån symptomens omfattning, längd och svårighetsgrad. Även **beroendesyndrom** och skadligt bruk av läkemedel, alkohol och droger hör till de psykiatriska diagnoserna. Psykiatriska tillstånd medför ofta förändringar i tänkandet, känslorna, de kognitiva funktionerna, beteendet eller relationerna. Dessa tillstånd orsakar i viss mån störande symptom och försämrar den sedvanliga funktionsförmågan eller orsakar avsevärt lidande och betydande försämringar i funktionsförmågan och livskvaliteten. Majoriteten av de psykiska symptomen och psykiatriska tillstånden, inklusive beroendesyndrom och riskbruk, kan behandlas framgångsrikt.

Kompetens inom psykisk hälsa innebär kunskap om och insikter i psykisk hälsa som en resurs och en del av hälsan, skydds- och riskfaktorer samt metoder för att stärka den psykiska hälsan. Kompetensen innebär att man identifierar och förstår attityder och uppfattningar som är förknippade med psykisk hälsa. Den omfattar också kunskap om och förståelse för psykiatriska tillstånd samt behandlingsmöjligheterna och de tillgängliga vårdtjänsterna. Kompetens inom psykisk hälsa inkluderar **missbrukskompetens**. Missbrukskompetens är kunskap om faktorer som bidrar till individuell och kollektiv nykterhet, om missbruksrelaterade faktorer som äventyrar hälsan, välbefinnandet och säkerheten samt om befintliga tjänster. Kompetens inom psykisk hälsa inbegriper också insikter i den psykiska hälsans och alkohol- och drogkonsumtionens betydelse för samhällets välfärd och framgång.

Färdigheter inom psykisk hälsa är emotionella och sociala färdigheter, medveten närvaro, flexibilitet i livskriser samt förmåga att reglera belastning och stress och knyta meningsfulla band med andra människor. Med sådana färdigheter avses också förmågan att kontrollera och reglera impulser som kan leda till missbruk eller annat skadligt beteende som dominerar livet. Färdigheterna inkluderar också livshantering i vardagen samt förmågan att identifiera egna och andras psykiska resurser och utnyttja dem för att uppnå balans mellan arbete, studier, vila och fritid. Till färdigheterna hör också att kunna diskutera den psykiska hälsan och försämringar av den och kunna bedöma när de egna resurserna inte längre räcker till och professionell hjälp behövs.

2 Riktlinjer för psykisk hälsa

Strategin för psykisk hälsa innehåller fem prioriteringar:

1. psykisk hälsa som en resurs,
2. barns och ungas psykiska hälsa,
3. rätt till psykisk hälsa,
4. omfattande tjänster enligt behov,
5. gott ledarskap i psykisk hälsa.

Strategin utgår från att den psykiska hälsan påverkar all hälsa och hela den sociala och ekonomiska välfärden. Den psykiska hälsan byggs upp i barndomen och ungdomen. I detta sammanhang avser rätten till psykisk hälsa arbete mot okunskap, diskriminering och stigmatisering och principen att en god psykisk hälsa är en grundläggande rättighet som tillkommer alla på lika villkor. I synnerhet avses tillgodoseendet av de grundläggande rättigheterna för personer som lider av psykiatriska tillstånd. Tjänsterna i anslutning till psykisk ohälsa och de övriga samhällsektorernas verksamhet som påverkar den psykiska hälsan bör utvecklas på bred front. Denna strategi fokuserar i synnerhet på en samlad ledning.

2.1 Psykisk hälsa som en resurs

Psykisk hälsa hör till det viktigaste i en människas liv. Den påverkar allt: hälsa, välbefinnande, relationer, studier, arbete och livet som helhet. När människorna har en god psykisk hälsa stärks tilliten, ömsesidigheten och samhörighetskänslan i samhället. Arbetskraftens produktivitet är tätt förknippad med den psykiska hälsan. , Befolkningens goda psykiska hälsa bidrar till hela Finlands framgång.

Psykisk hälsa är individens, familjens, de sociala gemenskapernas och samhällets resurs som man tar hand om och investerar i

- i alla livsskeden,
- i studier och arbete,
- i den dagliga miljön, i gemenskaper och fritidsaktiviteter,
- när samhället och omgivningen förändras.
- Förutom det generella folkhälsoperspektivet beaktas olika minoritetsgrupper, språkgrupper och kulturella grupper.

Motivering för riktlinjen

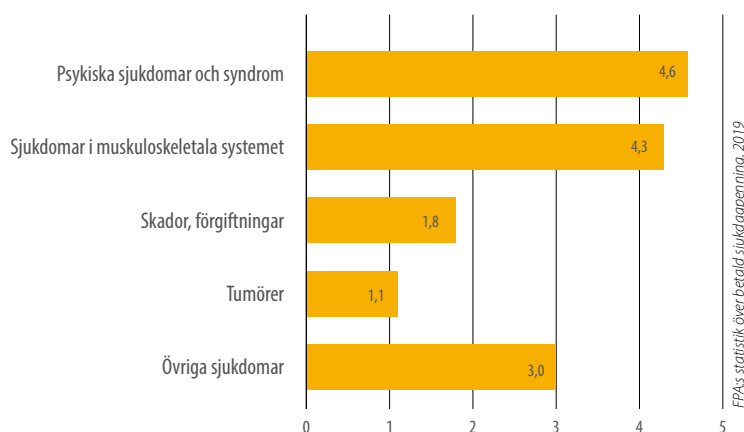
Psykisk hälsa som en resurs syftar på den psykiska hälsans centrala betydelse för individen, kollektivet och samhället. En god psykisk hälsa förbättrar möjligheterna till goda relationer och framgång i studierna och arbetslivet. Arbetet är en central del av människans välbefinnande och för de flesta en viktig del av livet.

I familjer, i kollektiv och på samhällsnivå återspeglas effekterna av en god psykisk hälsa i form av ett allmänt välbefinnande och minskad psykisk belastning. Psykiatriska tillstånd orsakar i dag en betydande del av sjukfrånvaron och sjuk- och invalidpensionerna. Befolkningens psykiska hälsa påverkar produktiviteten i arbetslivet.

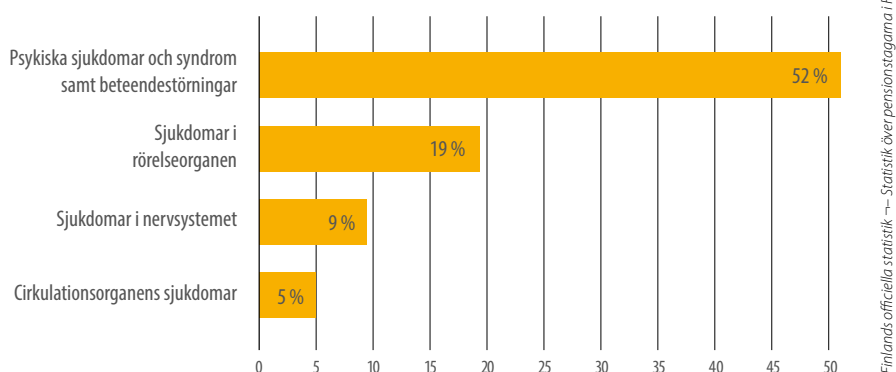
Genom att stödja den psykiska hälsan stärker man de resurser som människan behöver för att bygga upp en fungerande vardag och hitta lösningar i livets krissituationer och motgångar. Den psykiska hälsan går att påverka på många andra sätt än med hälso- och sjukvårdens och socialvårdens åtgärder. Till exempel främjas den psykiska hälsan när barnens sunda uppväxt och utveckling stöds i småbarnspedagogiken, i skolorna och genom familjepolitiken och när man stöder arbetshälsan

och inträdet i arbetslivet, när det finns möjligheter till motion och idrott, rekreation, hobbyer, kultur och sociala aktiviteter och när omgivningen är trygg. De äldre kan bidra med en värdefull insats i samhället. Kommunerna och det civila samhället spelar en viktig roll i arbetet för god psykisk hälsa. Att ta hand om den psykiska hälsan och stödja den på alla nivåer är en investering som betalar sig i form av såväl mentalt som materiellt välbefinnande.

Dagar med betald sjukdagpenning 2018 (mn dagar)



Andelarna för de största sjukdomsgrupperna som orsakar arbetsoförmåga av alla sjuk- och invalidpensioner



Förslag till hur riktlinjens mål ska uppnås

1. Identifiera de yrkesgrupper, gemenskaper och grupper av människor där kompetens och färdigheter inom psykisk hälsa särskilt behövs, och öka kompetensen i de grupperna. För yrkesgrupperna gäller detta arbetsuppgifter där en nära växelverkan med andra människor är central.
2. Öka kompetensen och färdigheterna i psykisk hälsa inom småbarnspedagogiken, i skolorna och läroanstalterna både genom olika projekt och genom utveckling av läroplanerna.
3. Öka kompetensen och färdigheterna inom psykisk hälsa på arbetsplatserna, i ledarskapet och vid övergångsskeden i arbetslivet med hjälp av utbildningar och programarbete. Personalens välbefinnande i arbetet är organisationens viktigaste resurs och den psykiska hälsan är en central del av den. Förbättra metoderna för att identifiera belastning och utbrändhet bland de anställda. Bereda ett åtgärdsprogram för god psykisk hälsa i arbetslivet.
4. Öka kompetensen och färdigheterna inom psykisk hälsa i tjänsterna och verksamheten för äldre med hjälp av utbildningar och programarbete. Engagera äldre människor med erfarenhetsresurser i främjandet av den psykiska hälsan.
5. Öka det kollektiva välbefinnandet i bostadsområdena. Införa fler åtgärder för att minska ensamheten och öka samvaron och de gemensamma aktiviteterna. Till exempel bibliotek, skolor, servicehus, invånarverksamhet, organisationer, kultur- och konstaktörer och grupper i sociala medier kan delta i verksamheten. Meningsfulla aktiviteter och upplevd delaktighet i gemenskapen är en erkänd delfaktor i den psykiska hälsan.
6. Identifiera nya digitala hot (till exempel mobbning på nätet), men också möjligheter (till exempel kamratstöd, social delaktighet). I sociala medier innebär främjandet av den psykiska hälsan också bland annat att man ökar modereringen för att identifiera och radera skadligt innehåll.
7. Säkerställa legislativt och finansiellt stöd för verksamhet i det civila samhället, bland frivilliga och i organisationer för att stärka den psykiska hälsan.
8. Säkerställa legislativt och finansiellt stöd för kommuner och andra offentliga aktörer så att de förvaltningsövergripande kan främja den psykiska hälsan och minska skadeverkningarna av beroendesyndrom, alkohol och droger som en del av arbetet för att främja hälsan och välfärden.
9. Aktivt ingripa i alla former av diskriminering och främja gemenskapen mellan grannar och i andra sociala grupper som en del av kommunernas och landskapens arbete för hälsa och välfärd.
10. Inleda forsknings- och utvecklingsverksamhet för att reda ut hur man värnar om de psykiska hälsoresurserna när samhället och omgivningen förändras.

2.2 Hur barns och ungas psykiska hälsa byggs upp i vardagen

Uppväxtförhållandena i barndomen och ungdomen inverkar i betydande grad på den psykiska hälsan. Barnens och de ungas psykiska hälsa stärks när samhället

- skapar förutsättningar för ett tryggt liv i familjerna och de övriga viktiga uppväxtmiljöerna och vid förändringar i samhället,
- tryggar alla barns lika möjligheter till god självkänsla, färdigheter inom psykisk hälsa, lärande och framgångs-upplevelser,
- ger alla barn och unga lika möjligheter att delta i trygga hobbyer som främjar utvecklingen,
- tillgodoser rättigheterna för barn och unga i en utsatt ställning eller livssituation,
- minskar fattigdomen bland barnfamiljer,
- minskar marginaliseringen bland barn och unga.

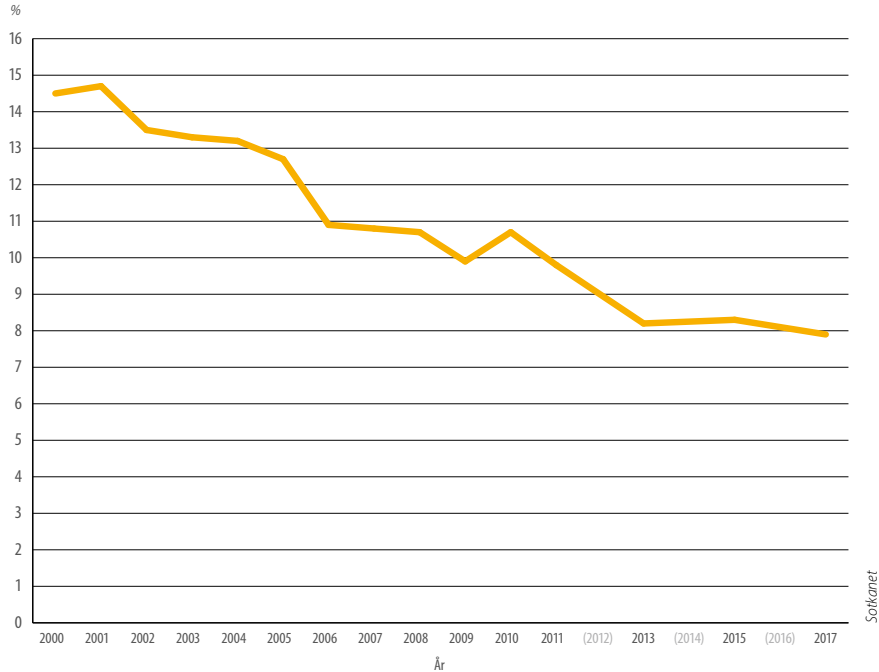
Motivering för riktlinjen

Främjandet av barns och ungas psykiska hälsa anknyter till den nationella barnstrategi som är under beredning. Avsikten med barnstrategin är att skapa en barn- och familjevänlig vision av Finland som sträcker sig över regeringsperioderna och för- enar olika förvaltningsområden.

Den psykiska hälsan byggs i flera avseenden upp i barndomen och ungdomen. I bästa fall stöder hela uppväxtmiljön och studiemiljön den psykiska hälsan och gör det möjligt för de psykiska resurserna att utvecklas positivt. Utgångspunkterna för barnens uppväxt och utveckling kan vara mycket olika – även när det gäller utvecklingen av den psykiska hälsan. Den ökande ojämlikheten i samhället och anhopningen av generationsöverskridande problem fördjupar skillnaderna mellan barnens och de ungas vardagsverkligheter och utgångspunkter. För att effektivt kunna stödja barnens och de ungas psykiska hälsa i deras vardag är det viktigt att inse barndomens och ungdomens betydelse för individens livslånga välbefinnande och hälsa.

Kontaktsvårigheter med föräldrarna, % av eleverna i åk 8 och 9

De traditionella riskfaktorerna för den psykiska hälsan bland skolelever, till exempel kommunikationsproblem med föräldrarna, har minskat



Familjen spelar en viktig roll för barns och ungas hälsa och utveckling och hur de klarar sig senare i livet. Till exempel bidrar en tillräcklig omsorg och trygghetskänsla, en god tidig växelverkan, föräldrarnas välbefinnande och ekonomisk trygghet till barns och ungas välbefinnande. Morföräldrar, farföräldrar och andra närstående, trygga vuxna kan utgöra en viktig resurs i barnens och de ungas uppväxt och familjernas välbefinnande. Familjernas och barnens välbefinnande påverkas i hög grad också av föräldrarnas möjligheter att kombinera arbete och familjeliv.

Behovet av psykiska resurser accentueras när den unga blir självständig. De unga behöver färdigheter för att hantera osäkerhet inför framtiden, till exempel när det gäller studierna och arbetsmarknaden. Viktiga studierelaterade val görs i allt yngre ålder. Samtidigt har när- och stödundervisningen minskat i många studiemiljöer. Friheten att göra individuella val förutsätter förmåga att styra sig själv. När den unga blir alltmer aktiv utanför familjekretsen blir möjligheterna att knyta trygga

vänshipsband med jämnåriga och undvika traumatiska upplevelser centrala för en gynnsam utveckling av den psykiska hälsan. Globala fenomen som klimatförändringen står i fokus på ett nytt sätt och kan orsaka framtidsångest och osäkerhet.

Cirka var fjärde finländsk 12–18-åring har upplevt nackdelar på grund av alkoholkonsumtionen hos hemmets vuxna.

(Takala & Ilva, 2012)

Barn och unga som har en funktionsnedsättning eller utländskt ursprung eller har placerats utom hemmet samt regnbågsunga upplever 2–5 gånger oftare än andra riskfaktorer för den psykiska hälsan.

(Halme et al. 2017, Ikonen et al. 2017, Kanste et al. 2017, Luopa et al. 2017)

Cirka 30 % av föräldrarna upplever åtminstone lindriga depressionssymptom under graviditeten.

(Korja et al. 2018)

En stor del av de psykiatriska tillstånden bryter ut under barndomen och ungdomen. Psykisk ohälsa hör till de vanligaste hälsoproblemen bland skolelever och studerande. Faktorer som hotar ungas psykiska hälsa är till exempel ensamhet, mobbning, diskriminering, alkohol- och drogkonsumtion samt studierelaterad stress. Fatigdom försämrar hela familjens välbefinnande och barnens och de ungas psykiska hälsa. Våld och vanvård äventyrar den psykiska utvecklingen. De ungas resurser för att klara sig på egen hand varierar och det är viktigt att identifiera eventuella stöd- och vårdbehov i ett tidigt skede.

De unga åldersklasserna är avsevärt mindre än tidigare. Försörjningskvoten försämrats och det förutsätter att allt fler deltar på arbetsmarknaden. I ett samhälle som åldras snabbt är det viktigt att också fästa uppmärksamhet vid jämlikheten mellan generationerna och de unga åldersklassernas ställning och möjligheter i samhället. Barnens och de ungas välbefinnande och funktionsförmåga har en avgörande betydelse för framtiden.

Förslag till hur riktlinjens mål ska uppnås

1. Vid behov på legislativ väg skapa en struktur för att utveckla, införa, förankra, upprätthålla och uppdatera effektiva metoder för praktisk hjälp till familjerna, åtgärder som minskar fattigdomen i barnfamiljer, familjeförmåner och stöd för föräldraskapet.
2. Erbjuda rätt stöd för det utvecklingsstadium barn eller unga befinner sig i. Stödet bör erbjudas i deras närmaste omgivning, till exempel i småbarnspedagogiken, skol- och studiemiljöerna samt på rådgivningsbyråer och i andra social- och hälso- tjänster. Särskild hänsyn tas till minoritetsgrupper, kulturella grupper och språk- grupper. Båda föräldrarnas psykiska hälsa stöds redan under graviditeten och mer stöd erbjuds för parrelationen.
3. Hos barn och unga stärks utvecklingen av självkänslan och färdigheterna i psy- kisk hälsa stärks genom att öka informationen om god praxis, satsa på utbildning i arbetssätt som främjar färdigheter inom psykisk hälsa samt påverka kulturen in- om småbarnspedagogiken, den grundläggande undervisningen och utbildning- en på andra stadiet.
4. Utveckla ett familjevänligare arbetsliv. Exempelvis behöver familjer med barn un- der skolåldern och deras närmaste krets mångsidigare möjligheter att arbeta flex- ibelt, och under 12-åriga skolelevers eftermiddagar kräver flexibla arrangemang.
5. Skapa strukturer för ett brett samarbete mellan olika förvaltningsområden, orga- nisationer och allmänheten för att uppnå en gemensam grund och gemensamt omfattade värderingar för en uppväxt som stöder den psykiska hälsan bland barn och unga. Identifiera de delfaktorer som behövs för samarbetet och komma över- ens om samarbetsmodeller, på samma sätt som till exempel i den modell för lokal alkoholpolitik som utnyttjats inom alkohol- och drogpreventionen.
6. Garantera barn och unga mångsidiga möjligheter till fritidsaktiviteter enligt sina egna intressen, vid behov genom författningar och bindande kvalitetskriterier.
7. Systematiskt stödja barns och ungas gynnsamma integration i grupper av jämn- åriga och skydda dem mot negativa fenomen bland jämnåriga, till exempel mobbning, alkohol, droger och annat riskbeteende, även i sociala medier. Stödja barnens och familjernas kompetens i digitala miljöer. Förebygga marginalisering och stödja den unga i livets övergångsskeden, till exempel vid byte av skol- och studiemiljöer, val av utbildning och övergångar i arbetslivet.
8. Säkerställa tillräckliga resurser för främjandet av psykisk hälsa på rådgivningsby- råer, i elev- och studerandevården och inom övrig service på basnivå för barn och unga och ett samordnat samarbete mellan yrkesgrupperna. Utöver förebyggande arbete bör de erbjuda korta interventioner som behövs i krissituationer.

9. Stödja barn och unga som lever med en psykisk belastning, till exempel minderåriga med nära anhöriga som är tungt belastade, barn och unga i en utsatt ställning eller livssituation samt barn och unga som hör till grupper i en kulturellt eller socialt utsatt ställning.

2.3 Rätt till psykisk hälsa

Hela befolkningens psykiska hälsa gynnas när rätten till psykisk hälsa realiseras. I synnerhet i mentalvårdstjänsterna bör man fokusera på att tillgodose rätten till psykisk hälsa. I rätten till psykisk hälsa ingår

- att bli accepterad och inte diskrimineras,
- respekt för människovärdet samt för de grundläggande och mänskliga rättigheterna,
- lika rätt till boende, studier, arbete, försörjning och social delaktighet,
- rätt att själv bestämma vad det är som hjälper en att klara sig i vardagen, och rätt att få det stöd som behövs,
- rätt att påverka som medborgare, part i beslutsfattandet, kamratstöd-jare och erfarenhetsexpert,
- rätt till god och effektiv vård när det behövs,
- rätt och möjlighet att använda nationalspråken och andra språk som talas i Finland samt få tillräcklig tolknings- och översättningshjälp i mentalvårdstjänsterna.

För att rätten till psykisk hälsa ska kunna tillgodoses behövs arbete för att övervinna fördomar, felaktiga uppfattningar och motsättningar.

Motivering för riktlinjen

Rätten till psykisk hälsa grundar sig på de universella mänskliga rättigheterna och på de grundläggande fri- och rättigheterna enligt grundlagen, alla människors jämlikhet, språkliga rättigheter, rätten till arbete och utbildning, en tillräcklig levnadsstandard för att trygga boende, försörjning, hälsa och välbefinnande samt rätten till social trygghet och tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster. De grundläggande och mänskliga rättigheterna garanterar samhällsförhållanden som främjar individernas psykiska hälsa och skyddar dem mot riskfaktorer för psykiatriska tillstånd. I rätten till psykisk hälsa ingår stärkandet av faktorer som skyddar den psykiska hälsan och

minskandet av riskfaktorer. Målgruppen är dels hela befolkningen, dels personer som lever under särskilt utsatta förhållanden.

De grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses inte på lika villkor i alla situationer. Personer med något psykiatriskt tillstånd blir lätt föremål för diskriminering, stigmatisering och fördomar i det sociala umgänget, arbetet, studierna, boendet och olika samhällstjänster. Många som lider av ett psykiatriskt tillstånd söker inte vård på grund av rädslan för att tillståndet och anlitandet av tjänsterna ska leda till stigmatisering och diskriminering. Grupper som är utsatta på grund av sin kulturella eller sociala ställning behöver särskild uppmärksamhet. Även rätten till en högklassig, evidensbaserad och behovsorienterad behandling av psykiatriska tillstånd bör betraktas som en fundamental rättighet inom den psykiska hälsan.

Personer som lider av psykoser lever cirka **15–20 år** kortare än den övriga befolkningen. De vanligaste dödsorsakerna är hjärt- och kärlsjukdomar och cancer.

(Tiihonen et al. 2009, Nordentoft et al. 2013, Keinänen et al. 2018)

Den förväntade livslängden för personer som vårdats på sjukhus på grund av missbruksproblem är **20 år** kortare än den övriga befolkningens.

(Westman et al. 2015)

År 2017 var antalet psykiatriska vårdperioder på sjukhus cirka **38 000**. Knappt **10 000** av dem var oberoende av patientens vilja.

(Institutet för hälsa och välfärds statistikrapport om den psykiatriska specialiserade sjukvården, 2018)

Barometern för psykisk hälsa

23 % vill inte ha personer med psykiska funktionsnedsättningar som grannar, **62 %** vill inte ha en alkoholist som granne och **81 %** vill inte ha en droganvändare som granne.

Av dem som har egen erfarenhet av psykiatriska tillstånd anser **47 %** att psykisk sjukdom stigmatiserar.

Av yrkespersonerna i branschen anser **60 %** att psykisk sjukdom stigmatiserar.

(Barometern för psykisk hälsa, 2019)

Till de grundläggande fri- och rättigheterna hör också rätten till fri vilja, självbestämmande och integritet. En person med ett psykiatriskt tillstånd är ofta tvungen att kämpa för en fullvärdig ställning i beslut som berör personen själv. I den psykiatriska sjukvården är vård oberoende av vilja möjlig i vissa situationer som anges i lagstiftningen. Valfungerande tjänster som accepteras av användarna minskar behovet av att ta till åtgärder som är oberoende av patientens vilja.

En positiv trend är att stigmatiseringen av psykiatriska tillstånd har minskat, vilket lett till en mer öppen och konstruktiv offentlig debatt om psykisk hälsa och en ökad efterfrågan på tjänster.

Förslag till hur riktlinjens mål ska uppnås

1. Revidera lagstiftningen om självbestämmanderätt så att självbestämmanderätten för personer med psykiatriska tillstånd tillgodoses bättre i tjänsterna.
2. Inleda ett riksomfattande handlingsprogram mot stigmatisering och diskriminering på grund av psykiatriska tillstånd och missbruk. Genomföra ett utvecklings- och tillsynsprogram för att motverka diskriminering och säkerställa de språkliga rättigheterna i samband med tjänsterna.
3. Inom ramen för forskningen och social- och hälsovårdorganisationernas kvalitetsystem följa upp olika former av diskriminering och påföra sanktioner för diskriminerande åtgärder.
4. Uppdatera kvalitetskriterierna för boende och andra stödtjänster för rehabiliteringsklienter inom mental- och missbrukarvården och upprätta ett kvalitetsregister för uppföljningen.
5. Fortsätta programmet för minskat tvång på de sjukhus som genomför vård oberoende av patientens vilja och befästa verksamheten inom det nationella nätverket för minskat tvång.
6. Fastställa åtgärder för att trygga personer med psykiatriska tillstånd, inklusive beroendesyndrom och rätt att delta i studier och arbete enligt förmåga. Utvidga och etablera handlingsmodeller som stärker studie- och arbetslivsfärdigheterna och ökar deltagandet i arbetslivet.
7. Planera åtgärder för att minska effekterna av fattigdom och ojämlikhet på individers och familjers psykiska hälsa.
8. Vidta åtgärder för att motverka inkompetent och skadlig verksamhet med hjälp av lagstiftning om alternativa behandlingar.

2.4 Omfattande tjänster enligt människors behov

Tjänsterna motsvarar människors behov när man förväntar sig att

- de är klientorienterade, anpassade till ålder och utvecklingsstadium och klienterna upplever att tjänsterna är lämpliga för dem,
- de är tillgängliga, högklassiga, effektiva och ges vid rätt tidpunkt,
- de är flexibla, kan sammanjämkas och bidrar till kontinuiteten,
- de främjar rehabiliteringen,
- de följer jämlikhetsprincipen; i planeringen av tjänsterna beaktas i synnerhet grupper som annars skulle löpa risk att hamna i en ojämlig ställning,
- de tar hänsyn till de anhöriga och närstående både som resurser och som stödbehövande,
- personalens yrkeskompetens och välbefinnande i arbetet upprätthålls,
- personer som lider av allvarliga psykiatriska tillstånd och missbruksproblem får vård för sin fysiska hälsa på lika villkor som övriga.

Motivering för riktlinjen

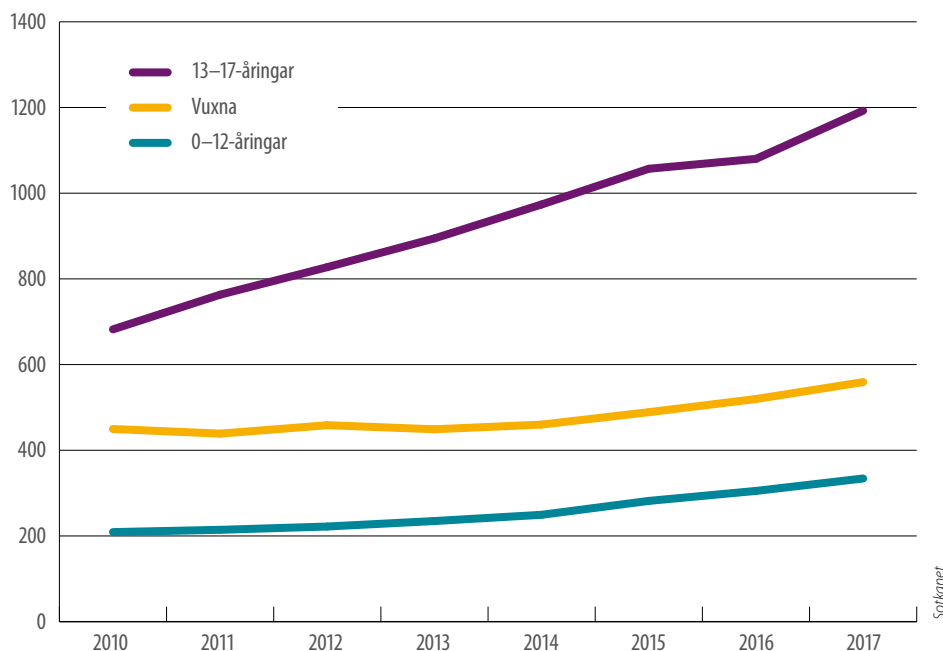
Vården av psykiatriska tillstånd har ökat varje år under det senaste årtiondet. Ändå har tröskeln till psykiatrisk vård kritiserats för att vara hög. De regionala skillnaderna har varit stora när det gäller tillgång till vård i rätt tid och mångsidiga öppenvårdstjänster. Det har varit svårt att uppfylla vårdgarantins väntetider. Tillgången till evidensbaserade behandlingar har varit bristfällig och behandlingarna varken upprätthålls eller sprids på ett samordnat, långsiktigt sätt enligt befolkningens behov i olika regioner. I primärvården anses frågor som gäller psykisk hälsa inte alltid ingå i allas arbetsuppgifter, utan de vältras över på enskilda anställda. På många håll är missbrukarvården fortfarande åtskild från den övriga hälso- och sjukvården, och sätten att ordna den varierar.

Tjänsterna är splittrade och de olika tjänsteleverantörerna har varken samordnat sin verksamhet eller kommit överens om en arbetsfördelning, vilket försvårar tillgången till och inriktandet av tjänsterna.

I det internationella utvecklingsarbetet har tjänster inom psykisk hälsa utformats så att de är mer samarbetsinriktade. Det här innebär en klient- eller patientorientering där olika experters tjänster ordnas enligt klientens behov och inte enligt organisationernas utbud. Integrerade och samordnade tjänster är samtidigt både effektiva

och mångsidiga. Personlig servicehandledning kan öka utnyttjandet av tjänster i rätt tid och på rätt nivå.

Besök inom den öppna mentalvården på 2010-talet per 1 000 personer i motsvarande ålder.



I regel bör personer med psykiatriska tillstånd snabbt få vård. Vården är bäst när bedömningen och vården på basnivå genomförs som en del av den övriga primärvården på social- och hälsocentralerna och primärvårdsenheterna för barn och unga samt som en del av företagshälsosamarbetet och uppföljningen av arbetstagarnas arbetshälsa, och när stöd och handledning från den specialiserade sjukvården finns att tillgå flexibelt, nära och utan hinder. På motsvarande sätt finns det skäl att placera psykiatrisk sjukhusvård i anslutning till allmän sjukhusvård för att alla hälsoproblem ska kunna behandlas samtidigt. Till exempel räcker det vanligen inte att endast behandla ett beroende, utan man måste också uppmärksamma andra parallella psykiska och fysiska problem.

Av 20–54-åringarna som haft suicidtankar söker **49 % hjälp, av 55–74-åringarna **26 %**, av de 75 år fyllda **11 %**.**

(Pentala-Nikulainen et al. 2018)

Av unga vuxna med depressionssjukdomar har **76 % kontakt med vården.**

(Kasteenpohja et al. 2015)

Social- och hälsovården och hela servicesystemet bör kunna reagera på alla slags behov, allt från tidiga problem till svåra, plötsliga och multiproblematiska situationer. Personer som lider av psykisk ohälsa har oftare än den övriga befolkningen samtidigt andra sjukdomar och behov av hjälp och stöd i synnerhet om sjukdomen är svår. De får bristfällig somatisk sjukvård, socialvård samt boende- och sysselsättningservice. Svåra beroendesyndrom är förknippade med en anhopning av sociala problem som kräver särskild uppmärksamhet. Psykiatriska tillstånd försämrar individens förmåga att anlita tjänster och bevaka sina egna intressen. Tjänsterna bör då göras mångsidiga och lättillgängliga. Även digitala tjänster kan användas för att säkerställa tillgången särskilt i områden där avstånden är långa. Lättillgängliga, klientorienterade och högklassiga tjänster är viktiga också på grund av stigmatiseringen som varit förknippad med psykiatriska tillstånd och i synnerhet med beroendesyndrom. Tjänsterna realiseras inte om de inte erbjuds eller utnyttjas på grund av felaktiga uppfattningar, diskriminerande attityder eller skam som tjänsteanvändaren själv internaliserat.

Det är relativt vanligt att psykiatriska tillstånd och missbruk förekommer samtidigt. Cirka **10–30 %** av dem som lider av depression är också missbrukare.

(Kessler et al. 1996, Melartin et al. 2002)

Cirka hälften av alla som anlitat tjänster på grund av substansmissbruk har också ett psykiatriskt tillstånd som diagnostiserats av en läkare.

(Kuussaari & Hirschovits-Gerz, 2016)

Somatiska sjukdomar och psykiatriska tillstånd förekommer ofta samtidigt. Av de somatiska patienterna inom primärvården och på sjukhusen lider **20–40 %** av psykiatriska tillstånd.

(Räsänen et al. 2019)

Antalet personer i boendetjänsterna inom mentalvården var cirka **7 500**.

Antalet personer i boendetjänsterna inom missbrukarvården var cirka **6 000**.

(Sotkanet, 2018)

Mindre än hälften av dem som vårdats på sjukhus för psykiatriska tillstånd som unga arbetar när de fyllt **25** år.

(Hakulinen et al. 2019)

Exempel på grupper där psykiatriska tillstånd är vanliga:

1 Av de bostadslösa som övernattar i skydds-
härbärgen lider **80–90 %** av något
psykiatriskt tillstånd, **80 %** av beroende-
syndrom och över **10 %** av en psykossjukdom.
Somatiska sjukdomar är också påfallande
vanliga och förblir obehandlade.

(Stenius-Ayoade, 2019)

2 Nästan **80 %** av fångarna lider av något
psykiatriskt tillstånd, oftast beroendesyndrom
eller personlighetsstörning.

(Joukamaa et al. 2010)

3 Av de unga som varken studerat eller arbetat
på flera år använder **60 %** någon typ av
psykofarmaka.

(Aaltonen et al. 2015)

4 Av nyanlända vuxna asylsökande uppvisar
nästan **40 %** betydande depressions- och
ångestsymptom.

(Skogberg et al. 2019)

Förslag till hur riktlinjens mål ska uppnås

1. I samband med reform av lagstiftningen om mentalvårds- och missbrukartjänster fokusera på att resurserna används optimalt, är tillräckliga samt riktas och samordnas på ändamålsenligt sätt.
2. Öka resurserna för och personalens kompetens inom psykisk hälsa i synnerhet i primärvården och socialvården. Utveckla förfaranden med vilka den specialiserade sjukvården styr och stöder vården i tjänsterna på basnivå.

Öka samordningen av tjänsterna genom konkreta samarbetsformer mellan aktörerna på basnivå och mellan primärvården och den specialiserade sjukvården.

3. I planeringen, genomförandet och utvärderingen av tjänsterna beakta användarnas synpunkter. Till exempel utnyttja erfarenhetsexpertis och klienterfarenheter. Anpassa de olika tjänsteleverantörernas verksamhet till klientens individuella situation med hjälp av gemensam planering. I tjänsterna för enskilda klienter beakta sådant som är meningsfullt för klienten själv.
4. Starta ett utvecklingsprogram med fokus på att främja den fysiska hälsan och garantera somatisk hälso- och sjukvård för personer som vårdas för psykiatriska tillstånd och missbruk. Programmet gäller också mun- och tandvård.
5. Förbättra tillgången till psykosociala behandlingar och interventioner och organisera den regionalt enligt behov. Universitetssjukhusens sjukvårdsdistrikt och kompetens- och stödcentren för de mest krävande tjänsterna för barn och unga samordnar tillgången till evidensbaserad vård och sprider evidensbaserad psykosocial vård och interventioner i ett koordinerat samarbete inom regionen så att även glesbygdens behov beaktas.
6. Förbättra socialvårdens förutsättningar att i rätt tid erbjuda socialtjänster som stöder den psykiska hälsan, såsom socialarbete och social handledning, familjearbete, hemtjänst, social rehabilitering, boenderådgivning och stödboende. Säkerställa att kompletterande och förebyggande utkomststöd beviljas enligt behov för att främja den sociala tryggheten och förebygga marginalisering.
7. Inom social- och hälsovården införa evidensbaserade metoder inom främjande och förebyggande arbete samt behandling och rehabilitering och bedöma deras verkningsfullhet i Finland.
8. Utveckla lättillgängliga och mångsidiga tjänster som tillhandahålls klienterna i deras vardagsmiljöer, i synnerhet för personer som av olika orsaker är svåra att nå eller riskerar att bli marginaliserade och för grupper i en kulturellt eller socialt utsatt ställning. De som är allra svårast att nå ska kontaktas genom uppsökande arbete.
9. Sammanställa och införa beprövade verksamhetsmodeller i olika miljöer, till exempel i småbarnspedagogiken, i skolorna, på arbetsplatserna och i stödboendet.
10. I lagstiftningen om upphandling beakta vikten av samordnade, kontinuerliga och högkvalitativa tjänster. Behovet av kontinuitet och rehabiliterande effekter accentueras särskilt i boendet och i stödet i vardagen.

2.5 Gott ledarskap i psykisk hälsa

Den psykiska hälsan ska beaktas i allt ledarskap. Arbetet för den psykiska hälsan styrs och leds systematiskt som en helhet över förvaltningsgränserna.

- Ledarskapet anpassar organisationerna och deras verksamhet till aktuella fenomen som påverkar den psykiska hälsan och till de ekonomiska realiteterna samt förbereder dem för framtida utmaningar.
- I ledarskapet stöder man sig på uppdaterad kunskap och teknik.
- Det säkerställs att aktuella och föregripande forskningsrön finns tillgängliga.
- I ledarskapet används de indikatorer som är bäst lämpade och de följs upp.
- Utfallet av strategin för psykisk hälsa utvärderas regelbundet och åtgärdsförslagen omprioriteras och omformuleras enligt behov.

Motivering för riktlinjen

Det slutliga målet för ledarskap i psykisk hälsa är att skapa psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande och att främja humana värderingar. Människans välbefinnande, och det psykiska välbefinnandet som en central del av det, stöder ett stabilt samhälle och en stabil ekonomi, och samtidigt som en stabil ekonomi ökar möjligheterna att förbättra välbefinnandet. Ekonomins och välbefinnandets inbördes relationer kan beskrivas med begreppet välfärdsekonomi.

Gott ledarskap i psykisk hälsa är en del av välfärdsledarskapet och social- och hälsoledarskapet. I riktlinjerna används begreppet ledarskap i psykisk hälsa, eftersom förändringen i samhället och folkhälsan har krävt att den psykiska hälsan lyfts fram som en strategisk prioritering i främjandet av hälsa och välfärd och i utvecklingen av social- och hälsovårdstjänster. Ledarskapet i psykisk hälsa kopplas också till informationsledning, eftersom ett resultatrikt mentalvårdsarbete inte är möjligt utan kompetent sammanställning och utnyttjande av information. Främjandet av psykisk hälsa som en del av personalledningen ingår i strategin under punkten Psykisk hälsa som en resurs.

Ledarskap i psykisk hälsa behövs på den nationella, regionala och kommunala nivån och i organisationerna för social- och hälsovård. Ledarskapet i psykisk hälsa överskrider förvaltningsområdets gränser, eftersom psykisk hälsa liksom hälsa och

välfärd i allmänhet byggs upp inom alla samhällssektorer. På detta grundar sig synsättet att psykisk hälsa ingår i all politik och framhäver den psykiska hälsans betydelse som en del av hälsan som helhet. Den beaktar också systematiskt effekterna på den psykiska hälsan i beslutsfattandet inom alla sektorer, söker efter gemensamma fördelar och försöker undvika skadliga följder. Förhandsbedömningen av konsekvenserna för den psykiska hälsan är ett sätt att beakta den psykiska hälsan i beslutsfattandet inom olika förvaltningsområden och på alla beslutsnivåer.

På riksplanet innebär gott ledarskap i psykisk hälsa att den lagstiftning, styrning och kvalitetskontroll som relaterar till psykisk hälsa hålls uppdaterad och alltid stöder sig på den senaste kunskapen och insikten. Gott ledarskap i psykisk hälsa innebär också att strategin för psykisk hälsa genomförs och att resultaten följs upp.

Utan välmående och friska invånare mår kommunen eller landskapet inte bra. Att främja psykisk hälsa på lång sikt kräver arbete som är målmedvetet och målinriktat, som grundar sig på effektiva interventioner och forskning och som tilldelats tillräckliga resurser. Kunskapen om hur invånarna mår och om deras psykiska hälsa samt om servicesystemets förmåga att svara på välfärdsutmaningarna utgör grunden för organisationens strategiska arbete.

I servicesystemet ska verksamheten kopplas samman och större samarbetsnätverk ledas. Styrningen av verksamheten bygger på branschöverskridande effekter, såsom välfärdseffekten. Ett gott ledarskap i psykisk hälsa granskar också missbruks- och beroendefenomen på ett övergripande sätt ur perspektivet av förebyggande arbete samt vård, rehabilitering och skadereduktion.

En sakkunnig ledning genom information och nyttjande av olika former av digitalisering utgör en del av det goda ledarskapet i psykisk hälsa. När kunskapsunderlaget och informationsresurserna görs mer tillgängliga och tekniken utnyttjas effektivare än förr förbättras också förutsättningarna för gott ledarskap i psykisk hälsa.

Förslag till hur riktlinjens mål ska uppnås:

1. Stärka beaktandet av mentalvårdsarbetet i samarbetsstrukturerna för olika förvaltningsområden och organisationer, i statsrådet och statsförvaltningen, i landskapen och kommunerna. Fastställa praxis för samarbetsledningen.
2. Fastställa mätare, indikatorer och verktyg för bedömning av samhällsbeslutens konsekvenser för den psykiska hälsan.
3. Inrätta en digital informationsresurs med verktyg för verkningsfullt främjande av psykisk hälsa och förebyggande mentalvårdsarbete.
4. Effektivisera utbildningen i ledarskap och utvärdering i mentalvårdsarbetet inom ramen för utbildningshelheterna för ledarskap och utvärdering.
5. Ange ansvarsfördelningen, som framhäver de olika sektorernas tjänster som helhet och deras samverkan, i form av tydliga verksamhetsmodeller så att de behövliga resurserna, kostnadsansvaret och kompensationsmekanismerna framgår. Göra upp modeller för de gemensamma funktionerna inom olika förvaltningsområden som beskriver aktörernas roller, kostnadsfördelningen och verksamhetsledningen.
6. Göra kunskapsbasen och informationsresurserna mer tillgängliga så att man bättre kan bedöma det verkliga behovet av tjänster i stället för att bara följa upp och bedöma anlitaandet av dem. Som utgångspunkt behövs information om prevalensen av psykiska symptom, olika syndrom och predisponerande faktorer bland befolkningen, regionalt och i specialgrupper. Forsknings- och registerdata om kostnaderna för tjänsterna samt deras kvalitet och resultat förbättrar styrningen av tjänstekoncepten. Utnyttja verksamhetsstyrande kvalitetsregister vid insamlingen av data. Ta fram observationsverktyg för att bedöma om tjänsterna är tillräckliga. Identifiera särbehov som uppkommer på grund av förekomsten och utbredningen av psykisk ohälsa hos barn, unga och äldre när tjänster planeras och dimensioneras för dessa befolkningsgrupper.
7. Verkningsfullheten och bedömningen av den styr utvecklingen av servicesystemet och valet av ändamålsenliga åtgärder.
8. Rådet för strategisk forskning utarbetar ett förslag till ett forskningsprogram som stöder genomförandet av strategin för psykisk hälsa.
9. Följa upp genomförandet av denna strategi för psykisk hälsa med hjälp av en mätaruppsättning som sammanställs för ändamålet.

3 Åtgärder, uppföljning och kostnader

3.1 Åtgärder som planerats för 2020–2022

Social- och hälsovårdsministeriet genomför förslagen i strategin för psykisk hälsa med början från 2020. Åren 2020–2022 prioriteras tjänsteutvecklingen, starten för programmet för suicidprevention och ökandet av kompetensen inom psykisk hälsa i människors vardagsmiljöer som ett led i det allmänna främjandet av hälsa och välfärd. Avsikten är också att revidera lagstiftningen om mentalvårds- och missbrukartjänster och bereda lagstiftningen om självbestämmanderätten. Institutet för hälsa och välfärd planerar genomförandet av programmet för suicidprevention och ansvarar för samordningen av programmet.

Meningen är att tjänsterna ska utvecklas inom ramen för programmet för framtidens social- och hälsocentraler. Målet är att tjänsterna på basnivå 2022 ska ha tillgång till dokumenterat effektiva metoder för tidig behandling av de vanligaste psykiatriska tillstånden i olika åldersgrupper. Detta gäller även tidig vård av beroendesyndrom, vård av suicidala personer och tidiga interventioner i studerandehälsovården. Som stöd för upprätthållandet av metoderna och identifieringen av syndromen samt vården behövs en struktur för samarbete med den specialiserade sjukvården. Tillhandahållandet av mentalvårdstjänster inom ramen för den allmänna basserVICEN vid social- och hälsocentralerna gör det också möjligt att skapa modeller för socialtjänster för personer med psykiatriska tillstånd, främjandet av deras fysiska hälsa och en jämlik somatisk hälso- och sjukvård.

I det övergripande servicesystemet behövs också samarbete med andra myndigheter, organisationer och kommunens övriga kompetensområden. Åren 2020–2022 är avsikten att regionalt testa den evidensbaserade verksamhetsmodellen för stödd sysselsättning av personer med psykisk funktionsnedsättning (IPS) som sammanför

rehabiliteringen och arbetsträningen inom vården. Avsikten är att modellen ska tas i bruk i Finland genom pilotprojekt.

Målet är också att öka kompetensen inom psykisk hälsa i kommunernas samarbetsstrukturer och verksamheten inom olika sektorer där hälsa och välfärd främjas på ett förvaltningsöverskridande sätt. I dessa strukturer stöds kommunernas och de allmännyttiga sammanslutningarnas projekt och utvecklingen av utbildningsprogram.

3.2 Uppföljning och förslag till indikatorer

Ett antal indikatorer föreslås för uppföljningen av strategin för psykisk hälsa och dess riktlinjer. De flesta av dem är redan tillgängliga men vissa behöver byggas upp separat.

Tabell 1.

Prioritering	Tema	Indikator	Källa	Närmare uppgifter
Psykisk hälsa som en resurs	Psykiskt välbefinnande	Positiv psykisk hälsa: Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS). Medeltal i olika åldersgrupper: Elever i åk 4 och 5, elever i åk 8 och 9, 1 och 2 årets studerande vid yrkesläroanstalter, 1 och 2 årets studerande vid gymnasier, 20–64-åringar, 65 år fyllda, 75 år fyllda	FinSote, enkäten Hälsa i skolan (indikatorns medeltal i olika åldersgrupper)	Närmare uppgifter om indikatorn: Appelqvist-Schmidlechner et al. 2016 Indikatorn lämpar sig också för uppföljning av prioriteringen "Hur barns och ungas psykiska hälsa byggs upp i vardagen".
	Ensamhet i olika åldersgrupper	Känner sig ensam (%), elever i åk 4 och 5 Känner sig ensam (%), elever i åk 8 och 9 Känner sig ensam (%), 1 och 2 årets studerande vid yrkesläroanstalter Känner sig ensam (%), 1 och 2 årets studerande vid gymnasier Andel som känner sig ensam (%), 20–64-åringar Andel som känner sig ensam (%), 65 år fyllda Andel som känner sig ensam (%), 75 år fyllda	Sotkanet 4816 Sotkanet 4712, KUVA Sotkanet 4713 Sotkanet 4714 Sotkanet 4285, KUVA Sotkanet 4286 Sotkanet 4287	Bakgrundsfaktor till psykisk hälsa Indikatorn lämpar sig också för uppföljning av prioriteringen "Hur barns och ungas psykiska hälsa byggs upp i vardagen".
	Utbrändhet	Utbrändhet	Utbrändhet i Finland (Arbetshälsoinstitutet), Arbetslivsbarometer (ANM)	Närmare uppgifter om indikatorn: Schaufeli et al. 2019
	Psykiskt välbefinnande i arbetet	Arbetets attraktion	Arbetslivsundersökning (Statistikcentralen), Arbetslivsbarometer (ANM)	Närmare uppgifter om indikatorn: Schaufeli m.fl. 2019

Prioritering	Tema	Indikator	Källa	Närmare uppgifter
Hur barns och ungas psykiska hälsa byggs upp i vardagen	Psykiska symptom bland unga	Måttlig eller svår ångest (%), elever i åk 8 och 9 Måttlig eller svår ångest (%), 1 och 2 årets studerande vid yrkesläroanstalter Måttlig eller svår ångest (%), 1 och 2 årets studerande vid gymnasier	Sotkanet 328, KUVA Sotkanet 346 Sotkanet 337	Indikator i enkäten Hälsa i skolan som bygger på indikatorn GAD 7 Närmare uppgifter om indikatorn: Spitzer et al. 2006
	Användning av alkohol, droger och tobaksprodukter samt penningsspel bland unga	Oroväckande användning av alkohol eller droger eller tobaks- och nikotinprodukter eller penningsspel (%) elever i åk 8 och 9 Oroväckande användning av alkohol eller droger eller tobaks- och nikotinprodukter eller penningsspel (%) 1 och 2 årets studerande vid gymnasier Oroväckande användning av alkohol eller droger eller tobaks- och nikotinprodukter eller penningsspel (%) 1 och 2 årets studerande vid yrkesläroanstalter	Sotkanet 5362 Sotkanet 5363 Sotkanet 5364	Enkäten Hälsa i skolan Den kombinerade indikatorn ger en allmän bild av riskbeteendet i anslutning till missbruk eller andra beroendesyndrom bland unga på olika skolnivåer. I Sotkanet finns också specificerade indikatorer för de olika formerna av riskbeteende som är inkluderade i den kombinerade indikatorn.
	Under 18-åringar från låginkomsthushåll	Barnens låginkomstgrad	Sotkanet 228, KUVA	Bakgrundsfaktor till psykisk hälsa
	Allvarlig mobbning	Mobbad minst en gång i veckan (%), elever i åk 4 och 5 Mobbad minst en gång i veckan (%), elever i åk 8 och 9 Mobbad minst en gång i veckan (%), 1 och 2 årets studerande vid yrkesläroanstalter Mobbad minst en gång i veckan (%), 1 och 2 årets studerande vid gymnasier	Sotkanet 4834 Sotkanet 1514, KUVA Sotkanet 3928 Sotkanet 3913	Bakgrundsfaktor till psykisk hälsa Bygger på en fråga i enkäten Hälsa i skolan
	Instabil uppväxtmiljö	0–17åriga barn som placerats upprepade gånger/10 000 barn i motsvarande ålder	Sotkanet 1079, KUVA	Bakgrundsfaktor till psykisk hälsa

Prioritering	Tema	Indikator	Källa	Närmare uppgifter
Rätt till psykisk hälsa	Användning av tvång i psykiatrisk sjukhusvård	Tvångsåtgärder i psykiatrisk sjukhusvård (% av patienterna i psykiatrisk institutionsvård)	Sotkanet 3205	
	Deltagande i arbetslivet	Deltagande i arbetslivet (förvärvsarbetets/-inkomstens andel av alla inkomster) bland personer som har dokumenterade psykiatriska tillstånd (öppenvård, sjukhusperioder, sjukledigheter, medicinköp)	Arbetsförmågens tillstånd i Finland, Psykisk utsatthet i Finland, Arbetshälsoinstitutet	Mäter även hur funktionellt samhället är utanför social- och hälsosystemet (arbetsmarknaden). Bildas genom kombinerad av registermaterial för uppföljningen av strategin för psykisk hälsa.
	Upplevelse av diskriminering	Upplevelse av stigmatisering på grund av sjukdom (%) Andel finländare som inte vill bo granne med en droganvändare (%) alkoholist (%) personer med psykiska funktionsnedsättningar (%) Andel finländare som tycker det är obekvämt och skrämmande att möta personer som upplevt psykisk ohälsa (%)	Barometer för psykisk hälsa	Samlas om både psykisk hälsa och alkohol och droger.
	Program mot diskriminering i serviceorganisationen	Har organisationen ett program mot diskriminering? Har programmet integrerats i organisationens kvalitetsprogram?		Ny indikator som bör tas fram, eventuellt genomföras som separat enkät
	Överdödlighet bland schizofrenipatienter	KUVA: **Indikatorn färdigställs 2020–2023	KUVA	Indikatorn utvecklas utifrån uppgifterna i vårdanmälningsregistret och dödsorsaksstatistiken

Prioritering	Tema	Indikator	Källa	Närmare uppgifter
Omfattande tjänster enligt människors behov	Mentalvårdsarbetet vid hälsocentralerna stärks	Frågor som inkluderas i enkäten till ledande överläkare vid hälsocentraler om mental- och missbrukarvårdsfrågor i fortbildningen, om modeller för samarbete med psykiatri och missbrukarenheterna och deras effektivitet samt om vårdkedjornas effektivitet	Enkät till ledande överläkare vid hälsocentraler	Ny indikator som behöver tas fram Indikatorn lämpar sig också för uppföljning av prioriteringen "Gott ledarskap i psykisk hälsa"
	Klientupplevelse	Bör utvecklas	Information om klientupplevelser som samlas in av klienterna i servicesystemet	Nationell indikator som tas fram som ett led i genomförandet av strategin för psykisk hälsa Indikatorn lämpar sig också för uppföljning av prioriteringen "Rätt till psykisk hälsa".
	Vårdkedjans effektivitet efter sjukhusvård	Första öppenvårdsbesöket inom en vecka efter utskrivning från psykiatriskt sjukhus (%-andel)	Vårdanmälningsregistret	Nationell indikator som tas fram som ett led i genomförandet av strategin för psykisk hälsa Indikatorn lämpar sig också för uppföljning av prioriteringen "Rätt till psykisk hälsa".
	Vårdhänvisning oberoende av patientens vilja	18 år fyllda som hänvisats till psykiatrisk vård oberoende av sin vilja med en observationsremiss/1 000 personer i motsvarande ålder 0–17-åringar som hänvisats till psykiatrisk vård oberoende av sin vilja med en observationsremiss/1 000 barn i motsvarande ålder	Sotkanet 3083, KUVA Sotkanet 3058, KUVA	Uppgiften inkluderar patienter som oberoende av sin vilja antingen hänvisades till psykiatrisk vård med observationsremiss (blankett M1) eller överfördes från ett annat sjukhus under psykiatrisk vård. Indikatorn beskriver hur det frivilliga servicesystemet fungerar. Indikatorn lämpar sig också för uppföljning av prioriteringen "Rätt till psykisk hälsa".
	Skilnader i rökning och alkoholkonsumtion mellan köns- och utbildningsgrupper	Andel som använder för mycket alkohol (AUDIT-C) (%) Andel som röker dagligen (%)	Finsote; terveytemme.fi	Finsote-enkät, resultaten per köns- och utbildningsgrupp publiceras i portalen terveytemme.fi

Prioritering	Tema	Indikator	Källa	Närmare uppgifter
Gott ledarskap i psykisk hälsa				Utöver indikatorer kan även bedömningsförfarande övervägas.
	Bedömning av beslutens konsekvenser för den psykiska hälsan	Bör utvecklas	Föreslås tilläggas till TEA-visaren	Nytt indikatorförslag
	Tjänster och behov	Antal tjänster i förhållande till befolkningens behov		Nytt förslag, bör utvecklas till nationell indikator, förutsätter att kunskapsunderlaget kompletteras
	Tjänsternas täckning	Anlitande av mentalvårdstjänster bland personer som uttryckt suicidtankar (%)	Finsote; terveytemme.fi	Indikatorn grundar sig på frågorna om suicidtankar i Finsote-undersökningen och på anlitandet av mentalvårdstjänster. Indikatorn lämpar sig också för uppföljning av prioriteringen "Rätt till psykisk hälsa".
	Nätverksledning som över- skrider förvaltningsgrän- sarna	Vilken instans i kommunen fungerar som arbetsgrupp för främjande av hälsa och välfärd? Vilka sektorer är representerade i arbetsgruppen för främjande av hälsa och välfärd?	TEA-visare	
	Arbetstagarnas välbefinnande i arbetet	Välbefinnande i arbetet	Psykiskt välbefinnande bland personalen i social- och hälsovårdsbranschen	Närmare uppgifter om indikatorn: Karasek, 1979; 1990

3.3 Ekonomiska konsekvenser och kostnader

Sjukdomsburden till följd av psykiatriska tillstånd föranleds till största delen av att arbets- och funktionsförmågan försämras. Man insjuknar vanligen som ung och då kan tillstånden försvaga den insjuknades utbildning, sysselsättning och sociala nätverk. Detta återspeglas som stora indirekta kostnader för psykiatriska tillstånd.

Enligt OECD:s färsk rapport Health at a glance: Europe 2018 hör de direkta och indirekta kostnaderna för psykisk ohälsa i Finland till de högsta bland OECD-länderna.

De ekonomiska konsekvenserna av ökad behandling av psykiatriska tillstånd har undersökts internationellt. I en undersökning som leddes av WHO uppskattades de ekonomiska konsekvenserna av ökad behandling av depression och ångest i 36 länder. Slutsatsen var att nyttan överskrider kostnaderna 2,3–3,0-falt om endast den ekonomiska nyttan räknas med och 3,3–5,7-falt om också värdet på förbättrad hälsa räknas med (Chisholm et al. 2016).

I statsrådets utrednings- och forskningsverksamhets projekt uppskattades sjukdagpenningsperioderna i anslutning till psykiatriska tillstånd i Finland minska bruttonationalprodukten med 0,3–0,4 procent. En minskning av invalidpensionsavgången på grund av psykisk ohälsa med 10–15 procent skulle stärka bruttonationalprodukten med 0,3–0,5 procent. Forskarens slutsats var att de indirekta kostnaderna, såsom produktivetskostnaderna, kan minskas betydligt genom att investera i främjandet av psykisk hälsa, de partiellt arbetsförs återgång till arbetsmarknaden och mentalvårdstjänster. (Wahlbeck et al. 2017.)

I England har man uppskattat förhållandet mellan den ekonomiska nyttan av dokumenterat effektiva interventioner i psykisk ohälsa och kostnaderna för dem. Många interventioner som främjar psykisk hälsa, förebyggande interventioner och tidiga vårdinterventioner genererar ekonomiska besparingar för såväl social- och hälsovården som hela samhället. Interventioner som riktas mot barn och unga är särskilt lönsamma, eftersom den ekonomiskt mätbara nyttan också framträder senare genom bättre utbildningsnivå och etablering i arbetslivet. När beteendestörningar i barndomen fortsätter som en negativ spiral orsakar det de allra största kostnaderna för marginalisering. Eftersom service- och kostnadsstrukturen är olika i olika länder kan uppskattningen av besparingarnas storlek dock inte tillämpas som sådan på annat håll, t.ex. i Finland. (Knapp et al. 2011.)

Uppskattning av direkta och indirekta totalkostnader för psykisk ohälsa (inklusive missbruk) i Finland och i EU-länderna år 2015.

(OECD/ EU, 2018)

			EU 28	Finland
Totalkostnader		mn euro	607 074	11 140
		% av BNP	4.10 %	5.32 %
Direkta kostnader	Hälso- och sjukvårds-kostnader	mn euro	194 139	2 576
		% av BNP	1.31 %	1.23 %
	Kostnader som uppstår genom sociala förmåner	mn euro	169 939	3 884
		% av BNP	1.15 %	1.85 %
Indirekta kostnader	Kostnader som uppstår på arbetsmarknaden	mn euro	242 995	4 681
		% av BNP	1.64 %	2.23 %

Antalet personer som gynnas av interventioner i psykisk ohälsa kan uppskattas till exempel utifrån den årliga förekomsten av psykiatriska tillstånd. Det har uppskattats att 2,7 % av den vuxna befolkningen årligen insjuknar i depression och 2,9 % i ångestsyndrom (Bijl et al. 2002). Även när man beaktar den samtidiga förekomsten och det faktum att alla inte vill ha psykosocial vård stiger antalet patienter årligen till över 100 000 personer.

Tabell 2. Exempel på kostnader för åtgärder enligt riktlinjerna i strategin för psykisk hälsa

Åtgärd	Beskrivning	Målgrupper	Uppskattade kostnader
Utbildningsprojekt för främjande av psykisk hälsa	Utbildning av gruppledare för coachning av olika målgrupper	Befolkning i olika ålder och olika befolkningsgrupper, olika yrkesgrupper	Gruppledarutbildningen cirka 1 500 euro/person
Förebyggande och vårdande interventioner i social- och hälsovårdens servicesystem och därtill anslutet servicesystem, till exempel i skolmiljö	Organisering av införande och samordning av interventioner och upprätthållande av metodkompetens Ökad tillgång till kort psykoterapi	Klienter i social- och hälsovården och därtill anslutet servicesystem	Kostnaderna för en intervention uppgår till cirka 500–2 000 euro/person. Kostnaderna för strukturen för upprätthållande av interventioner: kompetenscenter cirka 500 000 euro/år. Kostnaderna för kort psykoterapi 700–2 200 euro/psykoterapiperiod
Digital informationsresurs för främjande och förebyggande arbete	Sammanställning av evidensbaserade metoder till informationsresurs	Kommunerna	120 000–200 000 euro/år (i etableringsfasen 200 000 euro/år)
Riktade program i social- och hälsovården, andra servicesystem eller annanstans i samhället	Programarbete: datainsamling, val av målgrupper och kommunikationsutformning per målgrupp, ökad kunskap i målgrupperna, integrering av arbetet i målgruppernas normala verksamhet, uppföljning av resultaten. Till exempel program mot diskriminering, utvecklingsprogram för förbättring av den fysiska hälsan, program mot stigmatisering	Kommunerna, sammanslutningarna och hela samhället	Utarbetande av modell och upprätthållande av programmet, till exempel 200 000 euro/år och projektfinansiering 500 000 euro/år.

4 Program för suicidprevention

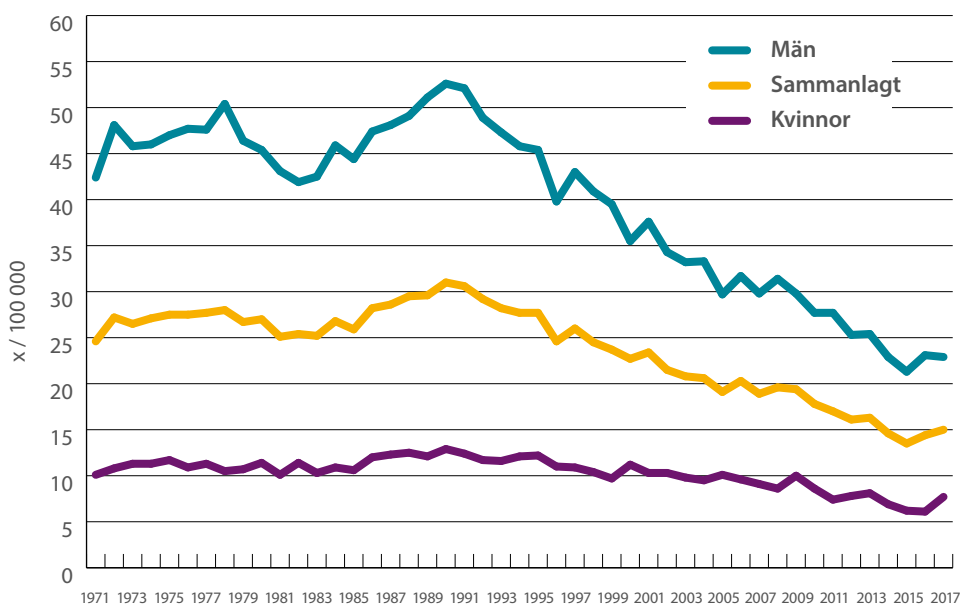
Suicidpreventionen behöver effektiviseras och kräver också nya metoder.

- Attityderna hos dem som möter personer som försökt ta sitt liv kan bearbetas så att personerna inte skuldbeläggs eller anses vara ute efter uppmärksamhet.
- Tillgången till metoder och medel för suicid måste minskas.
- Kristjänster med låg tröskel ska tillhandahållas överallt i Finland och informationen om dem ska skötas så att alla som bor i Finland vet var sådana tjänster finns att få på den egna orten och hur man ska gå tillväga.
- Det ska göras lättare att få vård och vården ska sättas in snabbare genom att prioritera vården av suicidala personer och också vården av och stödet för närstående till personer som tagit sitt liv. Tidigt stöd i svåra livssituationer och kriser förhindrar att problemen förvärras och kan också förhindra suicid.
- Suicidrisken hos berusade personer och personer med missbruks- eller beroendeproblem bedöms på samma sätt som för alla andra som löper suicidrisk.
- Mediernas kompetens i suicidkommunikationen kan bidra till att förebygga suicid: människors framgångsberättelser hjälper andra hitta hjälp i svåra situationer.
- EU-lagstiftningen bör utvecklas med målet att begränsa innehåll som uppmuntrar till suicid i sociala medier, på videor, i tv-serier och filmer.
- Aktuell statistik behövs om olika åldersgrupper och riskgrupper i fråga om suicid, suicidförsök, tillgången till vård och vårdens kvalitet samt tillgången till tidigt stöd.

I Finland har suicidfallen statistikförts sedan 1751. Antalet fall har halverats sedan 1990 (bild 1). Den positiva vändningen skedde under det riksomfattande projektet för suicidprevention (1986–1996) (Statistikcentralen 2017, Upanne et al 1999, Hakanen et al 1999). Under projektet upptäckte man att de flesta (88 %) av dem som tagit sitt liv haft samtidiga sjukdomar. De vanligaste var depression (59 %), någon betydande fysisk sjukdom (46 %), beroendesyndrom (43 %) och någon personlighetsstörning (31%) (Henriksson et al. 1993).

Bild 1. Suicidfall i Finland 1971–2017. Suiciddödligheten presenteras som antal personer som tagit sitt liv per 100 000 personer, åldersstandardiserat för hela befolkningen.

Åldersstandardiseringen har gjorts vid Statistikcentralen som direkt åldersstandardisering med Eurostats åldersfördelning i Europas standardbefolkning (ESP2012) som vikt. De åldersstandardiserade dödlighetstalen är jämförbara endast när de beräknas med samma standardbefolkning.

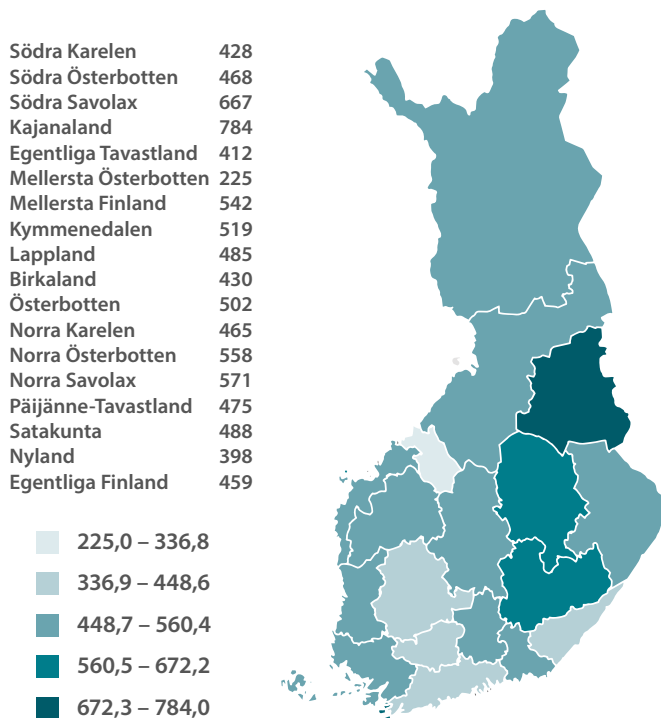


Den positiva utvecklingen kan inte förväntas fortsätta i Finland utan preventiva åtgärder (Holopainen et al. 2014, 2015). Suicidfallen kan antas börja öka gradvis till följd av att befolkningen ökar, men också plötsligt om de nuvarande metoderna för suicidprevention förlorar sin effekt.

Antalet suicidfall i Finland har uppvisat stora regionala skillnader som gäller både män och kvinnor (Partonen et al. 2003; Statistikcentralen 2018). Detta framgår av antalet förlorade levnadsår på grund av suicid (bild 2). Ett högt PYLL-index innebär att antalet förlorade levnadsår på grund av suicid före 80 års ålder är stort i området, dvs. att suicid bland unga är vanligare i området. Detta har beaktats i det nationella programmet för främjande av barns och ungas säkerhet (<https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/forskning-och-expertarbete/projekt-och-program/>

det nationella programmet för framjandet av barn- och ungas trygghet) som lägger fram tio åtgärder för suicidprevention med målet att suiciddödligheten bland unga ska vara betydligt lägre 2025 än för närvarande (Korpilahti, 2018). En separat plan har upprättats för suicidprevention bland samer (Samiskt nationellt kompetenscenter & Sametinget 2017).

Bild 2. Antal förlorade levnadsår på grund av suicid i Finland 2015–2017. Indexet som beräknats utifrån antal förlorade levnadsår på grund av suicid (PYLL = Potential Years of Life Lost) uttrycker antalet förlorade levnadsår på grund av suicid före 80 års ålder i befolkningen per 100 000 invånare. Valet av övre åldersgräns grundar sig på att finländarnas förväntade livslängd är cirka 80 år. (Sotkanet)



Enligt de senaste uppgifterna tog 810 personer sitt liv 2018 och suiciddödligheten var 14,6 räknat per 100 000 personer. De kvinnor som tog sitt liv var i genomsnitt 50 år, männen 48 år. 99 personer var under 25 år och 203 över 65 år.

Informationen om eventuella förändringar i suicidmetoderna och orsakerna till förändringarna under åren efter det riksomfattande projektet för suicidprevention är knapp och begränsar sig till lokala studier (Lahti et al. 2014), enskilda metoder (Lapatto-Reiniluoto et al. 2013) eller en viss folkgrupp (Laukkala et al. 2014).

Motivering för behovet av ett program

Suicidfallen uppvisar en tydlig social ojämlikhet. Cirka 10 procent av skillnaderna i förväntad livslängd mellan olika socioekonomiska grupper i Finland beror på suicid. Bakom ligger ofta komplexa sociala, ekonomiska och hälsorelaterade problem utöver psykisk ohälsa. Det är också vanligt att en och samma person samtidigt lider av flera psykiatriska tillstånd, till exempel vid sidan av depression också beroende- eller ångestsyndrom. Därmed är psykiatriska tillstånd den centrala orsaken till suicidriskbenägenhet.

Även om regionvisa statistik- och uppföljningsuppgifter om förlorade levnadsår på grund av suicid finns tillgängliga i Institutet för hälsa och välfärds Välfärdskompass (www.terveytemme.fi/avainindikaattorit/index.html) och uppgifter om suiciddödligheten per region och åldersgrupp i Sotkanet (sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku), når informationen inte nödvändigtvis yrkespersonerna inom social- och primärvården. Dessutom publiceras statistiken med dröjsmål. Därför behöver vi så aktuell information som möjligt, förutom om åldersfördelningen och den regionala fördelningen i fråga om suicid även om suicidmetoderna, så att de preventiva åtgärderna kan riktas effektivare än för närvarande.

De politiska riktlinjerna för psykisk hälsa för att minska ojämlikheten och främja den psykiska hälsan bidrar sannolikt också till att förebygga suicid. Nedan framförs förslag till åtgärder för suicidprevention. Dessutom ska genomförandet och verkningsfullheten av åtgärderna i respektive helhet följas upp separat med hjälp av information som samlas in och används som indikatorer.

Förslag till hur riktlinjens mål ska uppnås

Påverka attityderna

Samhällsdebatten om suicidtankar och suicid ökas med målet att suicidala personer ska få den hjälp de behöver och jämlika tjänster. Målet är också att stödja gemenskapen och människors gemensamma ansvar för varandra. Var och en kan hjälpa en suicidal person på ett medmänskligt sätt och utan att skuldbelägga. Det förutsätter att man behandlar negativa attityder, förutom till psykisk ohälsa också till berusning och missbruks- och beroendeproblem, eftersom en anmärkningsvärd del av dem som tagit sitt liv också lidit av psykisk ohälsa eller missbruksproblem eller bägge. I det här sammanhanget är nyckelgrupperna utöver hälso- och sjukvårdens yrkespersoner också ungdomsarbetarna, tränarna, kuratorerna, socialarbetarna, personalen vid flyktingförläggningarna och i församlingarna, vakterna, poliserna, skuldrådgivarna, utmätningsmännen, akutvårdarna, räddningsmanskapen, fångvaktarna, journalisterna, arbetsledarna osv.

Åtgärd 1: Allmänheten informeras regelbundet om metoderna för främjande av psykisk hälsa och för suicidprevention.

Åtgärd 2: Samarbetet med inrikesministeriets program för den inre säkerheten fortsätter med målet att ordna utbildningar för olika yrkespersoner som arbetar med nödställda.

Påverka suicidmetoderna

Suicidfallen har kunnat förhindras genom att påverka suicidmetoderna. Därför behövs en utredning av hur vanliga olika metoder är och hur de är tillgängliga. Missbruket av receptbelagda läkemedel kan begränsas genom till exempel apoteksavtal.

Åtgärd 3: Suicidrisken uppmärksammas i trafiksäkerhetsarbetet.

Åtgärd 4: Suicidrisken uppmärksammas i miljöplaneringen av byggnader, broar, järnvägar och andra trafikleder.

Åtgärd 5: Suicidrisken uppmärksammas i inredningen i synnerhet på sjukhus, barnskyddsanstalter, flyktingförläggningar och kriminalvårdsanstalter.

Åtgärd 6: Lagstiftningen om tillgången till och förvaringen av gifter utvecklas.

Åtgärd 7: Lagstiftningen om tillgången till och hemmaförvaringen av läkemedel samt receptförfarandet utvecklas. Av riskfaktorerna tas särskild hänsyn till missbruksproblem.

Åtgärd 8: Lagstiftningen om tillgången till och förvaringen av skjutvapen utvecklas.

Erbjuda tidigt stöd

De som upplever sig stå utanför den ekonomiska, sociala och mänskliga delaktigheten och ha uttömt sina resurser måste hjälpas effektivare. Många som hör till riskgrupperna för suicid nås allra bäst genom personliga möten.

Åtgärd 9: Stödtelefonernas verksamhet utvidgas till även andra språkgrupper än finskspråkiga och kompetensen hos de jourhavande i denna verksamhet stöds och uppdateras.

Åtgärd 10: Det inrättas ett samtalsstöd på nätet som är tillgängligt dygnet runt, och de som ansvarar för plattformerna i sociala medier åläggs att hänvisa suicidala klienter till detta stöd

Åtgärd 11: Mentalvårds- och missbrukartjänsterna med låg tröskel stärks i både primärvården och andra närtjänster, såsom vid läroanstalterna.

Stödja riskgrupperna

Personer som kommunicerat om suicid och personer som försökt ta sitt liv löper den största suicidrisken. Även andra riskgruppers vårdbehov ska bedömas. Dessa ska dessutom garanteras möjlighet till kamratstöd, vilket även omfattar servicehänvisning till lämpligt kamratstöd. Suicidrisken hos berusade personer och personer som lider av missbruks- och beroendeproblem ska bedömas på samma sätt som för andra för att utreda situationen och behovet av vidare åtgärder.

Åtgärd 12: De som löper stor suicidrisk och de anhöriga och närstående till personer som tagit sitt liv erbjuds aktivt stöd.

Åtgärd 13: Kultursensitiva förebyggande program enligt språk och kultur samt krisarbetet utvecklas tillsammans med företrädare för ursprungsbefolkningen, regnbågsbefolkningen och de andra minoritetsgrupperna, våldsoffer och andra i krissituationer, personer som fått avslag på sin asylansökan, fångar, personer som fått sin egendom utmätt och personer som lever i fattigdom, funktionsnedsatta samt personer som lider av kroniska smärtor, långtidssjukdomar som påverkar livskvaliteten, missbruksproblem och spelberoende.

Åtgärd 14: Opinionsbildarna utbildas i syfte att stärka den psykiska hälsan och förebygga suicid i till exempel skolorna och försvarsmakten.

Åtgärd 15: Användningen av dokumenterat effektiva metoder för suicidprevention ökas i ungdomsarbetet.

Åtgärd 16: Det uppsökande arbetet på nätet utvecklas i syfte att nå riskgrupperna så att de kan uppmuntras att söka hjälp.

Åtgärd 17: Färdigheterna inom psykisk hälsa stärks med hjälp av metoderna för främjande av psykisk hälsa hos personer som har det svårt och i arbetsgemenskaper som plötsligt förändras till exempel i samband med indragning av verksamhet och konkurssituationer.

Åtgärd 18: Inom äldreomsorgen ordnas i syfte att förebygga ensamhet tillgängliga miljöer, nya former av mer kollektivt boende och nät- och telefonbaserat stöd som komplement till kontakten ansikte mot ansikte.

Utveckla vården

I organiseringen av vården säkerställs att det tillhandahålls tillräckligt med evidensbaserade behandlingar och att de kan ordnas snabbt. Hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens stärks så att deras kunskaper ligger på en hög nivå och de tillämpar gemensamma evidensbaserade verksamhetsmodeller för när och hur suicidrisker ska tas upp och bedömas och för suicidprevention och så att de har tillräckligt stöd i form av bland annat konsultationer och arbetshandledning. Nyckelgrupperna är då akutvårdspersonalen och de som arbetar på jourmottagningar. Även allmänläkarna och företagsläkarna har en nyckelroll när det gäller att identifiera en persons suicidrisk.

Åtgärd 19: Samarbetet med social- och hälsovårdsministeriet fortsätter med målet att ordna utbildningar i metoderna för suicidprevention för yrkespersoner som arbetar inom social- och hälsovården.

Åtgärd 20: Användningen av evidensbaserade vårdmetoder och i synnerhet nya elektroniska metoder effektiviseras i vården av suicidala patienter. I hälso- och sjukvården etableras praxis som följer rekommendationen för god medicinsk praxis i suicidförebyggandet och vården av personer som försökt ta sitt liv.

Åtgärd 21: Samarbetet mellan vårdinstanserna stärks så att vården av en suicidal patient kan fortsätta sammanhängande när vårdinstansen byts.

Åtgärd 22: För alla med akut suicidrisk ordnas utan dröjsmål en konsultation som baserar sig på psykiatrisk expertis så att vårdbehovet kan bedömas samt fortsatta planer och eventuella säkerhetsplaner göras upp. I fråga om barn och unga tas hänsyn till föräldrar, syskon och nära vänner, i fråga om föräldrar till barnen och deras stödbehov.

Åtgärd 23: Samarbetet mellan erfarenhetsexperterna, organisationernas tidiga stöd och det övriga vårdssystemet stärks.

Åtgärd 24: Ledningssystemets stöd för en högkvalitativ och mänsklig vårdkultur möjliggörs.

Öka mediernas kompetens

Mediernas verksamhet har påvisats ha en antingen negativ eller positiv effekt även för suicidfallen. Därför har man i samarbete med yrkespersoner i mediebranschen upprättat rekommendationer om hur medierna bör kommunicera om självmord i allmänhet och framför allt om enskilda suicidfall till den breda allmänheten.

Åtgärd 25: En utbildning i mediernas rapportering om suicid och innehållet i suicidkommunikationen planeras och ordnas i samarbete med yrkespersoner i mediebranschen.

Åtgärd 26: De som ansvarar för plattformerna i sociala medier åläggs övervakningsåtgärder som inkluderar en skyldighet att identifiera innehåll som uppmuntrar

till suicid och meddelanden som hänvisar till suicid och att skapa ett hänvisnings-system för personer med suicidrisk.

Stärka kunskapsbaseringen och forskningen

För att vi ska kunna rikta åtgärderna för suicidprevention behövs så aktuell information som möjligt förutom om åldersfördelningen och den regionala fördelningen i fråga om suicid även om suicidmetoderna. Dessutom behöver vi forskning kring de orsaker som lett till suicidrisk och de förebyggande åtgärdernas effekt för att hitta nya metoder för suicidprevention.

Åtgärd 27: Social- och hälsovårdsministeriet upprättar för varje regeringsperiod en verkställighetsplan för suicidprevention till vilken alla viktiga intressentgrupper inom olika förvaltningsområden förbinder sig.

Åtgärd 28: Planen för suicidprevention inkluderas i kommunernas/regionernas planer för främjande av hälsa och välfärd (t.ex. planen för mentalvård och/eller missbrukarvård).

Åtgärd 29: Forskning kring nya digitala metoder för suicidprevention finansieras.

Åtgärd 30: Olycksfallsutredningen med metoder för "psykologisk obduktion" utsträcks till att omfatta även suicid, till en början bland unga och slutligen alla suicidfall som skett under vård eller inom en månad efter utskrivning från vård.

Åtgärd 31: Institutet för hälsa och välfärd upprättar ett nationellt suicidregister i syfte att följa upp och utvärdera kvaliteten på det förebyggande arbetet och möjliggöra suicidforskning.

Åtgärd 32: Den nationella tvärvetenskapliga kompetensen i suicidforskning samlas för att stärka forskningen och öka dess effekt.

Åtgärd 33: Ansvar för samordningen, uppföljningen och utvärderingen av det nationella programmet för suicidprevention samt de resurser som behövs för detta anvisas en bestämd part som är ändamålsenlig med tanke på uppgiftshelheten.

Åtgärd 34: Samordningen, uppföljningen och utvärderingen av organisationernas tidiga stöd och hjälp genomförs till exempel vid ett center för suicidprevention inom Mieli Psykisk Hälsa Finland rf.

Åtgärd 35: Verksamhetsförutsättningarna och verksamheten hos dem som utför förebyggande suicidarbete och andra organisationsaktörer som främjar välbefinnandet befasts med stöd av Social- och hälsoorganisationernas understödscentral och kommunerna/regionerna.

Åtgärd 36: Förslag framförs för nationella forskningsfinansiärer i syfte att inleda ett tvärvetenskapligt suicidforskningsprogram.

Uppföljning av programmet för suicidprevention och förslag till indikatorer

En väsentlig del av åtgärdsprogrammet för suicidprevention är att etablera ett praktiskt inriktat nätverk för serviceenheterna. Detta ska ha tät kontakt med nätverket för nationell samordning av verksamheten. När man på så sätt kontinuerligt för samman målen och genomförandet kan man säkerställa att målen hålls levande och att information samlas systematiskt och uppdateras.

Förslag 1: Antalet suicid och metoderna i Finlands olika befolkningsgrupper och områden följs upp i realtid i det rättsmedicinska datasystemet.

Förslag 2: Antalet suicidförsök och metoderna i Finlands olika befolkningsgrupper och områden följs upp i vårdanmälningsregistren.

Förslag 3: Antalet patienter för vilka öppenvård satts in inom 7 dygn efter sjukhusvård följs upp per syndromgrupp i hälso- och sjukvårdens kvalitetsregister.

Bilaga

Beredningen av strategin för psykisk hälsa

För innehållet i strategin för psykisk hälsa svarade en expertgrupp på bred bas som inkluderade experter från servicesystemet och organisationer inom mentalvården. Expertgruppen hade i uppgift att bereda en strategi som omfattar följande delområden:

- möjlighet för alla till psykiskt välbefinnande och goda vardagsmiljöer,
- verksamhet och tjänster som förebygger psykisk ohälsa.
- Människor kan påverka och agera i frågor som gäller de tjänster de behöver.
- Alla åldersgrupper tillhandahålls fungerande tjänster. Särskild vikt läggs vid tjänster för barn och unga samt servicehelheter och övergångsfaser,
- effektivt beslutsfattande.

Strategin för psykisk hälsa stöder verkställigheten av lagstiftningen om mental- och missbrukarvård. Som en särskild prioritering inkluderar strategin utveckling av barns och ungas psykiska hälsa och förvaltningsövergripande samarbete. Strategin kopplas till social- och hälsovårdsministeriets övriga strategiska styrning under hela den tid den gäller.

Expertgruppen sammanträdde 13 gånger och höll 2 workshoppar 21.9.2018–13.12.2019. Styrgruppen sammanträdde 4 gånger 21.8.2018–13.12.2019. Programmet för suicidprevention bereddes av nätverket för suicidprevention vid Institutet för hälsa och välfärd.

Expertgruppen hörde intressentgrupper om de föreslagna prioriteringarna i strategin våren 2019 genom två webbenkäter samt diskussionsmöten och workshoppar för de olika grupperna. Enkäten lades ut på dinaskikt.fi 8.4.2019–5.5.2019 och den besvarades av 661 personer. En webropolenkät för experter och yrkespersoner genomfördes 5.4.2019–31.5.2019 och den besvarades av 129 personer. Sammanlagt nio diskussionsmöten ordnades 8.4.–27.5.2019. I evenemangen deltog en stor mängd representanter för organisationer och myndigheter samt mentalvårds- och missbrukartjänster. Dessutom erhöles 16 skriftliga utlåtanden eller annan skriftlig respons. Totalt inkom 806 responser.

Strategin för psykisk hälsa och programmet för suicidprevention var på remiss 1.10.–28.10.2019. Sammanlagt 162 olika parter lämnade ett utlåtande.

Styrgruppen för beredningen av strategin för psykisk hälsa

Ordförande

Markku Tervahauta överdirektör, social- och hälsovårdsministeriet
(ersattes från 10.1.2019 av överdirektör
Tuija Kumpulainen, social- och
hälsovårdsministeriet)

Vice ordförande

Liisa-Maria Voipio-Pulkki direktör, social- och hälsovårdsministeriet

Medlemmar

Sami Pirkola professor, Tammerfors universitet
Hanna-Mari Alanen verksamhetsområdeschef inom psykiatri, Tammerfors universitetssjukhus
Virve Flinkkilä servicechef, socialtjänster för vuxna och familjer, Vanda stad
Saila Hohtari chef för vuxen- och familjearbetet, Raumo stad
Pia Hytönen verksamhetsledare, FinFami – Anhörigas stöd för mentalvården centralförbundet rf
Matti Kaivosoja överläkare, Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun Soite
Tapio Kekki överläkare, Lapplands sjukvårdsdistrikt
Meri Larivaara konsultativ tjänsteman, social- och hälsovårdsministeriet (från 1.3.2019 ledande sakkunnig, Mieli Psykisk Hälsa Finland rf)
Eveliina Pöyhönen socialråd, social- och hälsovårdsministeriet
Klaus Ranta linjedirektör, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt
Päivi Rissanen socialarbetare-utvecklare, Centralförbundet för Mental Hälsa
Timo Salmisaari ledande sakkunnig, Ecoworks Oy
Helena Vorma medicinalråd, social- och hälsovårdsministeriet
Kristian Wahlbeck utvecklingsdirektör, Mieli Psykisk Hälsa rf

Sekreterare

Airi Partanen	utvecklingschef, Institutet för hälsa och välfärd
Jaana Suvisaari	forskningsprofessor, enhetschef, Institutet för hälsa och välfärd
Salla Toppinen-Tanner	programchef, Arbetshälsoinstitutet

Expertgruppen för beredningen av strategin för psykisk hälsa

Ordförande

Sami Pirkola	professor, Tammerfors universitet
---------------------	-----------------------------------

Medlemmar

Hanna-Mari Alanen	verksamhetsområdeschef inom psykiatrin, Tammerfors universitetssjukhus
Virve Flinkkilä	servicechef, socialtjänster för vuxna och familjer, Vanda stad
Saila Hohtari	chef för vuxen- och familjearbetet, Raumo stad
Pia Hytönen	verksamhetsledare, FinFami – Anhörigas stöd för mentalvården centralförbundet rf
Matti Kaivosoja	överläkare, Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun Soite
Tapio Kekki	överläkare, Lapplands sjukvårdsdistrikt
Airi Partanen	utvecklingschef, Institutet för hälsa och välfärd
Klaus Ranta	linjedirektör, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt
Päivi Rissanen	socialarbetare-utvecklare, Centralförbundet för Mental Hälsa
Timo Salmisaari	ledande sakkunnig, Ecoworks Oy
Jaana Suvisaari	forskningsprofessor, enhetschef, Institutet för hälsa och välfärd
Salla Toppinen-Tanner	programchef, Arbetshälsoinstitutet
Kristian Wahlbeck	utvecklingsdirektör, Mieli Psykisk Hälsa rf

Sekreterare

Helena Vorma	medicinalråd, social- och hälsovårdsministeriet
Meri Larivaara	konsultativ tjänsteman, social- och hälsovårdsministeriet (från 1.3.2019 ledande sakkunnig, Mieli Psykisk Hälsa Finland rf)
Tuulia Rotko	specialsakkunnig, social- och hälsovårdsministeriet (från 20.3.2019)

Nätverket för suicidprevention vid Institutet för hälsa och välfärd

Ordförande

Timo Partonen	forskningsprofessor, Institutet för hälsa och välfärd
----------------------	---

Medlemmar

Jaana Suvisaari	forskningsprofessor, Institutet för hälsa och välfärd
Pia Solin	ledande sakkunnig, Institutet för hälsa och välfärd
Viivi Suihkonen	verksamhetsledare, Sorgbandet rf (ersattes från 1.2.2019 av Riika Hagman-Kiuru , Sorgbandet rf)
Olavi Sydänmaalakka	verksamhetsledare, Centralförbundet för Mental Hälsa
Tanja Laukkala	sakkunnigläkare, FPA
Marianna Virtanen	professor, Uppsala universitet
Outi Ruishalme	direktör, Mieli Psykisk Hälsa Finland rf
Riikka Nieminen	KoKoA ry
Meri Larivaara	konsultativ tjänsteman, social- och hälsovårdsministeriet (ersattes från 28.2.2019 av specialsakkunnig Tuulia Rotko , social- och hälsovårdsministeriet)
Sami Pirkola	professor, Tammerfors universitet

Sekreterare

Jasmin Jokinen	planerare, Institutet för hälsa och välfärd
-----------------------	---

Källor

Strategi för psykisk hälsa

Aaltonen S, Berg P, Ikäheimo S. Nuoret luukulla – Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2015.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-442-7>

Appelqvist-Schmidlechner K, Tuisku K, Tamminen N, Nordling E, Solin P. Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? Finlands Läkartidning 2016; 24: 1759–1764.

Barometern för psykisk hälsa 2019. Centralförbundet för Mental Hälsa.

<https://www.mtkl.fi>

Bijl RV, De Graaf R, Ravelli A, Smit F, Vollebergh WA. Gender and age-specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2002; 37(8): 372-379

Cantell M, Castrén S, Fabritius J, Järvinen-Tassopoulos J, Keinänen J, Kesänen M, Koskela T, Laitakari S, Leinonen S, Mikkola J, Murto A, Mustalampi S, Mykkänen A, Rydman E, Salonen A, Selin J, Suominen S, Tukia J, Tulirinta T. Suomalaisen rahapelaimisen tilannekatsaus 2017. 2. korjattu painos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-291-8>

Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, Saxena S. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. The Lancet Psychiatry 2016; 3(5): 415-424.

Finlands officiella statistik (FOS): Statistik över pensionstagarna i Finland 2018. Sjukpensionstagarna efter sjukdomshuvudgrupp 31.12.2018. Statistik från Pensions-skyddscentralen 10/2019. Pensionsskyddscentralen och Folkpensionsanstalten 2019. Läst: 16.7.2019. <https://www.etk.fi>

Hakulinen C, Elovainio M, Arffman M, Lumme S, Pirkola S, Keskimäki I, Manderbacka K, Böckerman P. Mental disorders and long-term labour market outcomes: nationwide cohort study of 2 055 720 individuals. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2019; 4: 371-381.

Halme N, Kanste O, Klemetti R, Kuusio H, Rajala R, Seppänen J. Ulkomaista syntyperää olevien nuorten hyvinvointi Kouluterveyskyselyssä vuonna 2017. Tutkimuksesta tiiviisti 26/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-910-1>

Ikonen R, Hietamäki J, Laakso R, Heino T, Seppänen J, Halme, N. Sijoitettujen lasten ja nuorten hyvinvointi: Kouluterveyskyselyn tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 21/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-903-3>

Joukamaa M. ja työryhmä. Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Perustulosraportti 2010:1. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja, 2010.
<https://www.rikosseuraamus.fi>

Kanste O, Sainio P, Halme N, Nurmi-Koikkalainen, P. Toimintarajoitteisten nuorten hyvinvointi ja avun saaminen - Toteutuuko yhdenvertaisuus? Kouluterveyskyselyn tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 24/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-838-8>

Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979; 24: 285-308.

Karasek R & Theorel T. Healthy work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. New York: Basic Books, 1990.

Kasteenpohja T, Marttunen M, Aalto-Setälä T, Perälä J, Saarni SI, Suvisaari J. Treatment received and treatment adequacy of depressive disorders among young adults in Finland. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 47.

Keinänen J, Mantere O, Markkula N, Partti K, Perälä J, Saarni SI, Härkänen T, Suvisaari J. Mortality in people with psychotic disorders in Finland: A population-based 13-year follow-up study. *Schizophrenia Research* 2018; 192: 113-118.

Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, DE Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, DE Girolamo G, Gluzman S, Gureje O, Haro JM, Kawakami N, Karam A, Levinson D, Medina Mora ME, Oakley Browne MA, Posada-Villa J, Stein DJ, Adley Tsang CH, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Berglund P, Gruber MJ, Petukhova M, Chatterji S, Ustün TB. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007; 6: 168-76.

Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA ym. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *The British Journal of Psychiatry* 1996: 17-30.

Knapp M, McDaid D, Parsonage M (red.). Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. London: Department of Health, 2011.

Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (red.). Hälsa, funktionsförmåga och välfärd i Finland. Undersökningen FinHälsa 2017. Rapport 4/2018. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd, 2018.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

Korja R, Nolvi S, Kataja E-L, Scheinin N, Junttila N, Lahtinen H, Saarni S, Karlsson L & Karlsson H. The courses of maternal and paternal depressive and anxiety symptoms during the prenatal period in the FinnBrain Birth Cohort study. *Plos One* 2018; 13(12): e0207856: 2.

Kuussaari K & Hirschovits-Gerz T. Co-occurrence of substance use related and mental health problems in the Finnish social and health care system. *Scandinavian Journal of Public Health* 2016; 44: 202-209.

Luopa P, Kanste O, Klemetti, R. Toisella asteella opiskelevien sateenkaarinuorten hyvinvointi 2017: Kouluterveyskyselyn tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 25/2017. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2017.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-909-5>

Melartin TK, Rytälä HJ, Leskelä US ym. Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002; 63: 126-34.

Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, Gissler M, Laursen TM. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One* 2013; 8 (1): e55176.

OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing 2018; 28. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018. More than one in six people in EU countries have a mental health problem. IHME (The Institute for Health Metrics and Evaluation). <http://dx.doi.org/10.1787/888933833920>

Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Parikka S, Kilpeläinen H, Koskeniemi T, Aalto A-M, Muuri A, Koskinen S & Lounamaa A. Kansallisen terveysterveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017-2018. Terveysterveys ja hyvinvoinnin laitos, 2018. Webbpublikation <http://www.terveytemme.fi>.

Psykiatriska specialiserade sjukvården 2017. Statistikrapport 33/2018. Helsingfors Institutet för hälsa och välfärd, 2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018101037957>

Räsänen S, Lämsä K, Leppävuori A. Mielenterveyshäiriöiden yleisyys, luokittelu ja diagnostiikka. I boken: Pesonen T, Aalberg V, Leppävuori A, Räsänen S, Viheriälä L. (toim.). Yleissairaala-psykiatria. Duodecim 2019: 340-345.

Schaufeli W, De Witte H, Desart S. Burnout assessment tool (BAT). KU Leuven, Belgium: Unpublished internal report, 2019.

Schaufeli W, Shimazy A, Hakanen J, Salanova M, De Witte H. An ultra-short measure for work engagement. The UWES-3 validation across five countries. *European Journal of Psychological Assessment* 2019; 35(4), 57-591.

Skogberg N, Mustonen K-L, Koponen P, Tiittala P, Lilja E, Omar A-A-H, Snellman O, E Castenada A (toim.) Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi - Tutkimus Suomeen vuonna 2018 tulleista turvapaikanhakijoista. Raportti 12/2019. Helsinki: Terveysterveys ja hyvinvoinnin laitos, 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-351-9>

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine* 2006; 166(10): 1092-7.

Statistik- och indikatorbanken Sotkanet. Institutet för hälsa och välfärd. Keskustelu- vaikeuksia vanhempien kanssa, % 8. ja 9. luokan oppilaista. Kouluterveyskysely. Info indikaattori 329. Läst 10.12.2019 <https://sotkanet.fi>

Statistik- och indikatorbanken Sotkanet. Institutet för hälsa och välfärd. Alkoholii- likaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%). Info indikaattori 4411. Läst 10.12.2019. <https://sotkanet.fi>

Statistik- och indikatorbanken Sotkanet. Institutet för hälsa och välfärd. Psykiatrian kuntoutuskotien asiakkaat 31.12 yhteensä. Info indikaattori 2869. Läst 10.12.2019. <https://sotkanet.fi>

Statistik- och indikatorbanken Sotkanet. Institutet för hälsa och välfärd. Päihde- huollon asumispalveluissa asiakkaita/ 1000 asukasta. Info indikaattori 1272. Läst 10.12.2019. <https://sotkanet.fi>

Statistik- och indikatorbanken Sotkanet. Institutet för hälsa och välfärd. Mielen- terveyden avohoitokäynnit 2010-luvulla 1000 vastaavan ikäistä kohden. Läst 11.12.2019 info ind. 3075, info ind. 2483, info ind. 2484

Stenius-Ayoade A. Housing, health and service use of The Homeless in Helsinki, Fin- land. Helsingin yliopisto DSHealth Doctoral Thesis Series 2019; 29: 69, 76. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-5178-0>

Suvisaari J, Aalto-Setälä T, Tuulio-Henriksson A, Härkänen T, Saarni SI, Perälä J, Schreck M, Castaneda A, Hintikka J, Kestilä L, Lähteenmäki S, Latvala A, Koskinen S, Marttunen M, Aro H, Lönngqvist J. 2009. Mental disorders in young adulthood. *Psychological Medicine* 2009; 39(2): 287-99.

Takala J & Ilva M. Mikä suojaa nuorta aikuisten alkoholinkäytön aiheuttamilta hai- toilta? Yhteiskuntapolitiikka-YP 77 2012; 2: 176-185. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117923>

Taskutilasto 2019. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061019680>

Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009; 22; 374(9690):620-7.

Wahlbeck K, Hietala O, Kuosmanen L, Mc Daid, D, Mikkonen J, Parkkonen J, Reini K, Salovuori S, Tourunen J. Fungerande modeller för mental- och missbrukarvården. Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2017:89. Statsrådets kansli, 2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-501-3>

Westman J, Wahlbeck K, Laursen TM, Gissler M, Nordentoft M, Hällgren J, Arffman M, Ösby U. Mortality and life expectancy of people with alcohol use disorder in Denmark, Finland and Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2015; 131(4): 297-306.

WHO. Prevention of Mental Disorders. Effective interventions and policy options. Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht: A Report of the World Health Organization, 2004.

WHO. Mental health: Strengthening Our Response. 2014. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Övrig litteratur

Partanen A, Moring J, Bergman V, Karjalainen J, Kesänen M, Markkula J, Marttunen M, Mustalampi S, Nordling E, Partonen T, Santalahti P, Solin P, Tuulos T, Wuorio S. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 – 2015: Miten tästä eteenpäin? Työpa-
peri 20/2015. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2015.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-538-7>

Handlingsplan för alkohol-, tobak-, drog- och spelprevention. Social- och hälsovård-
sministeriets publikationer 2015:19. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3746-8>

Plan för främjande av psykisk hälsa och missbruksarbete - Förslag till att utveckla
arbetet för att främja den psykiska hälsan och missbruksarbetet fram till år 2015.

Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2012:24.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3382-8>

Fancourt D & Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Health Evidence Network (HEN): synthesis report 67. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2019.

Mental Health ATLAS 2017. World Health Organization.

https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/

Plan för mentalvårds- och missbruksarbete. Förslag av arbetsgruppen Mieli 2009 för att utveckla mentalvårds- och missbruksarbete fram till år 2015. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2009:3. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2768-1>

Plan för främjande av psykisk hälsa och alkohol- och drogarbete 2009-2015. Slutlig utvärdering av planen och styrgruppens förslag. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2016:3. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3694-2>

Mäkelä P, Härkönen J, Lintonen T, Tigerstedt C, Warpenius K. Näin Suomi juo – Suomalaisien muuttuvat alkoholinkäyttötavat. Teema 29/2018. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos, 2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-146-1>.

Uttredningar som publicerats som ett led i beredningen av strategin för psykisk hälsa:

Raivio H & Appelqvist – Schmidlechner. IPS –Sijoita ja valmenna! –toimintamallin soveltamisen mahdollisuudet suomessa. Työpaperi 23/2019. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos, 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-377-9>

Partonen T, Eklin A, Grainger M, Kauppila R, Suvisaari J, Virtanen A. Itsemurhakuolemat Suomessa 2016 – 2018: Oikeuslääketieteellinen tutkimus. Raportti 3/2020. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinninlaitos, 2020.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-446-2>

Kurki-Kangas L. Keskeisten verrokkimaiden kansallisten mielenterveysstrategioiden tarkastelu. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:17.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4047-5>

Program för suicidprevention:

Finlands officiella statistik (FOS): Dödsorsaker. Statistikcentralen, 2018. Läst: 23.5.2018. Tillgänglig på: www.terveytemme.fi/avainindikaattorit/terveydentila/maakunnat_html/atlas.html

Finlands officiella statistik (FOS): Dödsorsaker (e-publikation). Helsingfors: Statistikcentralen, 2017. ISSN=1799-5051.
http://www.stat.fi/til/ksyyt/2017/ksyyt_2017_2018-12-17_tie_001_fi.html

Hakanen J, Upanne M. Itsemurhien ehkäisyn käytännöt Suomessa. Itsemurhien ehkäisyprojektin seuranta ja arviointi. Raportteja 228. Helsinki: Stakes, 1999.

Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä ET, Kuoppasalmi KI, Lönnqvist JK. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 935-940.

Holopainen J, Helama S, Partonen T. Suomalainen itsemurhakuolleisuus 1950–2009 eurooppalaisessa vertailussa. *Duodecim* 2014; 130: 1536–1544.

Holopainen J, Helama S, Partonen T. Itsemurhakuolleisuuden muutokset ikääntyvässä Euroopassa. *Finlands Läkartidning* 2015; 70: 1983-1989.

Korpilahti U, toim. Kansallisen lasten ja nuorten turvallisuuden edistämisen ohjelman tavoite- ja toimenpidesuunnitelma vuosille 2018–2025: osa I. Työpaperi 11/2018. Helsinki: Institutet för hälsa och välfärd, 2018.

Lahti A, Harju A, Hakko H, Riala K, Räsänen P. Suicide in children and young adolescents: a 25-year database on suicides from Northern Finland. *J Psychiatr Res* 2014; 58: 123-128.

Lapatto-Reiniluoto O, Vuori E, Hoppu K, Ojanperä I. Fatal poisonings in Finland during the years 2004–2009. *Hum Exp Toxicol* 2013; 32: 600-605.

Laukkala T, Partonen T, Marttunen M, Henriksson M. Suicides among military conscripts between 1991–2007 in Finland: a descriptive replication study. *Nord J Psychiatry* 2014; 68: 270-274.

Partonen T, Haukka J, Lönnqvist J. Itsemurhakuolleisuus Suomessa vuosina 1979–2001. *Duodecim* 2003; 119: 1827-1834.

Saamelaisten kansallinen osaamiskeskus – psyykkinen terveys- ja päihdehuolto & Saamelaisneuvosto: Norjassa, Ruotsissa ja Suomessa asuvien saamelaisten itsemurhien ehkäisysuunnitelma. Kárášjohka/Kaarasjoki: SANKS, 2017.

Statistik- och indikatorbanken Sotkanet. Institutet för hälsa och välfärd. Itsemurhien vuoksi menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 0 – 80 vuotta/ 100 000 asukasta. Info indikaattori 3960. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/metadata/indicators/3960>

Upanne M, Hakanen J, Rautava M. Voiko itsemurhan ehkäistä? Itsemurhien ehkäisyprojekti Suomessa 1992–96: toteutus ja arviointi. Raportteja 227. Helsinki: Stakes, 1999.



Statsminister Marins regering offentliggör i enlighet med regeringsprogrammet en nationell strategi för psykisk hälsa och ett nationellt program för suicidprevention 2020–2030 och inleder genomförandet av dem. Denna publikation redogör för strategins bakgrund och mål, prioriteringarna i arbetet för psykisk hälsa fram till 2030, de åtgärder som ska inledas åren 2020–2022 och uppföljningen av dem. Till strategin hör ett separat, målinriktat program för suicidprevention.

Strategin för psykisk hälsa och programmet för suicidprevention har utarbetats i ett omfattande samarbete med intressentgrupperna och bygger på ett samlat förhållningssätt till psykisk hälsa. Genomförandet av strategin för psykisk hälsa engagerar ett brett spektrum av aktörer.

Internet: stm.fi/sv/publikationer

Beställningar:
julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi

ISSN tryckt 1236-2050
ISSN PDF 1797-9854
ISBN tryckt 978-952-00-4144-1
ISBN PDF 978-952-00-4140-3